# LYMPHADÉNOME DE L'AMYGDALE

## (LYMPHO-SARCOME)

# THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

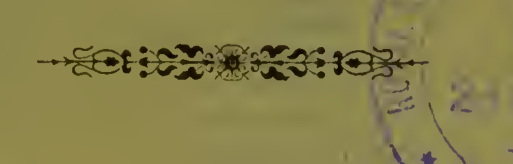
Le 26 Novembre 1904

PAR

Alexandre BLANC

Né à Fourrières (Var), le 17 février 1879

Pour obtenir le titre de Docteur en Médecine





MONTPELLIER
IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL
Éditeurs du « Montpellier Médical ».

1904

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)............... DOYEN
TRUC.......................... ASSESSEUR

## PROFESSEURS :

| | |
|---|---|
| Clinique médicale ............................ | MM. GRASSET (✻) |
| Clinique chirurgicale............................ | TEDENAT. |
| Clinique obstétricale et Gynécologie............ | GRYNFELTT |
| — Charg. du Cours, M. GUÉRIN. | |
| Thérapeutique et Matière médicale.................. | HAMELIN (✻) |
| Clinique médicale.................................. | CARRIEU. |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses ........ | MAIRET (✻) |
| Physique médicale.................................. | IMBERT. |
| Botanique et Histoire naturelle médicale............. | GRANEL. |
| Clinique chirurgicale.............................. | FORGUE. |
| Clinique ophtalmologique........................... | TRUC. |
| Chimie médicale et Pharmacie....................... | VILLE. |
| Physiologie........................................ | HEDON. |
| Histologie......................................... | VIALLETON. |
| Pathologie interne................................. | DUCAMP. |
| Anatomie........................................... | GILIS. |
| Opérations et Appareils............................ | ESTOR. |
| Microbiologie...................................... | RODET. |
| Médecine légale et Toxicologie..................... | SARDA. |
| Clinique des maladies des enfants.................. | BAUMEL. |
| Anatomie pathologique.............................. | BOSC. |
| Hygiène............................................ | BERTIN-SANS H. |

*Doyen honoraire :* M. VIALLETON.
*Professeurs honoraires :* MM. JAUMES, PAULET (O ✻), BERTIN-SANS E. (✻).
*Secrétaire honoraire :* M. GOT

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

| | |
|---|---|
| Accouchements.................................. | MM. VALLOIS, agrégé libre. |
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...... | BROUSSE, agrégé. |
| Clinique annexe des maladies des vieillards...... | RAUZIER, agrégé libre. |
| Pathologie externe.............................. | DE ROUVILLE, agrégé. |
| Pathologie générale............................. | RAYMOND, agrégé |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

| | | |
|---|---|---|
| MM. BROUSSE | MM. RAYMOND. | MM. ARDIN-DELTEIL. |
| MOITESSIER. | VIRES. | GUÉRIN |
| DE ROUVILLE. | VEDEL. | SOUBEIRAN. |
| PUECH. | JEANBRAU. | GAGNIÈRE. |
| GALAVIELLE. | POUJOL. | ED. GRYNFELTT. |

M. IZARD, *Secrétaire.*

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TÉDENAT, Professeur, *Président.* | MM. DE ROUVILLE, Agrégé
ESTOR, Professeur. | SOUBEIRAN, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA BIEN-AIMÉE MÈRE

A MON PÈRE

Le Docteur Jean-Marie BLANC
ancien médecin de la marine

A MON FRÈRE

Le Docteur Prosper BLANC, d'Aix

A. Blanc.

A Monsieur le Docteur BARET

médecin-major de première classe

A Monsieur le Professeur HECKEL

directeur de l'institut colonial de Marseille.

A Monsieur le Docteur MAGON

professeur d'anatomie a l'école de médecine de Marseille

A. Blanc.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A. Blanc.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A. BLANC.

# AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales et avant d'aborder notre sujet, nous tenons à nous acquitter de la dette de reconnaissance contractée envers nos professeurs de la Faculté de Médecine de Montpellier.

Et tout d'abord, c'est à M. le docteur Soubeiran, professeur agrégé, que s'adresse notre profonde gratitude pour son bienveillant et précieux concours.

M. le docteur Florence, chef de clinique à la Faculté de Médecine de Toulouse, a bien voulu s'intéresser à nos recherches, et c'est grâce à son obligeance que nous avons pu recueillir quelques observations nécessaires à la production de ce modeste travail. Aussi a-t-il droit à nos bien vifs et sincères remerciements.

Nous les adressons également à M. le professeur Galavielle, à M le professeur Granel et à M. le docteur Reynès, ancien chef de clinique obstétricale, dont l'enseignement nous a été si précieux et si profitable.

Durant notre séjour à l'internat de l'asile d'Aix, nous avons pu apprécier la haute valeur et les nombreuses marques de sympathie de M. le docteur Monestier, médecin en chef du service des femmes. Nous conserverons de ces relations qu'il avait rendues si cordiales, le plus précieux souvenir.

A l'Ecole de Médecine de Marseille, M. le docteur Aubert, professeur suppléant, nous a porté un intérêt sans égal en nous faisant participer aux fruits de sa haute intelligence et de sa bonne et sincère amitié. Nous l'assurons de notre entier dévouement et de notre respectueuse affection.

Plus tard, à Paris, M. le professeur Castex nous a montré, par son bienveillant accueil, combien il s'intéressait à notre étude. Nous en avons été profondément touché et l'en remercions vivement.

Enfin, que M. le professeur Tédenat, dont nous avons gouté avec tant de plaisir et de profit les leçons cliniques, veuille bien agréer l'hommage de toute notre reconnaissance. C'est à lui que nous devons le sujet de notre thèse inaugurale, et nous n'oublierons jamais le grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui en en acceptant la présidence.

---

# LYMPHADÉNOME DE L'AMYGDALE

## ( LYMPHO-SARCOME )

---

### HISTORIQUE

Avec Wirchow nous définissons le lymphome : une prolifération du tissu adénoïde, dont le type histologique est fourni par la structure du ganglion lymphatique.

En 1860, His démontrait l'existence de tissu analogue à celui des ganglions dans d'autres organes que ces dépendances lymphatiques, notamment dans l'intestin, les amygdales, la profondeur de la peau et des muqueuses. Aussi a-t-on l'habitude d'appeler organes lymphoïdes ceux qui renferment en plus ou moins grande quantité le tissu décrit par His.

Bien avant la découverte de His, en 1832, un praticien anglais, Hodkins, avait observé une maladie caractérisée par l'hypertrophie des ganglions lymphatiques, avec un développement exagéré de certains organes comme la rate, le foie, les plaques intestinales (dont on ignorait la signification). Aussi les Anglais ont-ils conservé la dénomination de Maladie de Hodkins à une affection dont nous allons nous occuper.

En 1845, à un mois d'intervalle, deux hommes qui sont restés (inégalement) célèbres autant par leur polémique acerbe que par leurs découvertes, un Anglais, Bennett, et un Allemand, Wirchow, découvraient un second symptôme à la maladie de Hodkins : les lésions hématiques.

Aujourd'hui la postérité juge un peu sévèrement Bennett, on lui reproche de n'avoir pas su interpréter la découverte; en réalité, il a, le premier, décrit le «sang blanc» ; Virchow a su expliquer quelle était la signification de ce symptôme, mais peut-être, en présence d'une découverte, n'a-t-il eu qu'à la critiquer.

Pour nous, qui considérons dans la lymphadénie l'assemblage de deux facteurs différents, la tumeur ganglionnaire ou viscérale, la lymphadénomie d'une part et d'autre part la leucocythémie, nous ne retiendrons de cette affection que le premier élément, la tumeur.

Aussi laisserons-nous systématiquement de côté la numération des globules, la différenciation des leucocytes en lymphocytes, grands leucocytes mono-nucléaires, leucocytes polynucléaires à granulations éosinophiles, neutrophiles ou basophiles, toutes choses qui sont d'un très grand secours pour un diagnostic exact, mais qui sont du domaine de la médecine et non de la chirurgie.

N'oublions pas de dire que cependant le clinicien ne doit, en aucun cas, faire fi de l'aide du laboratoire qui lui permettra de distinguer les divers aspects, dont les deux principaux sont : le *lymphadénome aleucémique* (lymphadénome chirurgical) et le *lymphadénome leucémique*.

Virchow était un anatomo-pathologiste ; il comprit l'hyperleucocytose et pensa que l'augmentation persistante des globules blancs était le *primum movens* de la nouvelle maladie.

On discuta beaucoup pour baptiser la curiosité patholo-

gique. On créa beaucoup de mots et on s'embrouilla ; la bibliographie de la question devint colossale et la question, qui apparaissait très claire, s'obscurcit de plus en plus, et aujourd'hui encore, si nous osions, nous emploierions l'expression triviale, c'est un peu la bouteille à encre.

En 1856, de nombreuses récriminations commencèrent à s'élever contre la maladie de Bennett. Les observations où l'hypertrophie du tissu lymphoïde existe sans hyperleucocytose surgissent : la leucémie est démembrée, les Allemands créent la pseudo-leucémie, les Anglais inventent le terme d'anémie lymphatique. En France, Trousseau, avec sa grande autorité, étudie, dans ses remarquables cliniques, cette dernière affection que nous avons conservée intacte : l'Adénie.

Cependant, comme la première observation d'adénie, restée célèbre, a été publiée par un Français, Bonfils, nous ne pouvons refuser à M. Gilbert, auteur de l'article du *Traité de Médecine*, de créer une autre dénomination, et le terme de Maladie de Bonfils viendra enrichir la splendide collection des maladies à nom propre.

# PATHOGÉNIE

Si Wirchow a pu expliquer la valeur de l'hyperleucocytose dans la lymphadénite, il n'a pu nous renseigner sur la pathogénie de cette affection. Aujourd'hui encore, malgré une quantité extraordinaire de travaux sur la question, il semble que le problème n'est pas près d'être résolu.

Depuis la découverte des agents infectieux bactériologiques, les anatomo-pathologistes ont essayé de transformer la leucocythénie en une maladie bactérienne. Les auteurs acceptent avec plaisir cette pathogénie, qui est en bon accord avec les idées actuelles ; mais la discussion persiste lorsqu'il faut désigner l'agent bactérien.

« Je pense, dit Pierre Delbet, que l'immense majorité, sinon la totalité des lymphadénomes sont, non pas des néoplasmes vrais, mais des néoplasmes inflammatoires: en d'autres termes, je pense qu'il s'agit de maladies infectieuses. »

Les agents d'infection sont-ils des protozoaires ? Sont-ils des coccidies ?

Mannaberg, en 1896, a signalé des sporozoaires.

Lördit, en 1899, trouve un parasite intra-leucytaire.

Geronzi a décrit récemment un blastomycète cause de la leucémie.

D'autres auteurs veulent que le seul coupable de l'affection soit un microbe.

Kelsch et Vaillard ont décrit un bacille court, à extré-

mités arrondies, mais, inoculé à un autre animal, il ne reproduit pas du lymphadénome.

Certains auteurs ont prétendu que les microbes vulgaires étaient la seule cause de la maladie ; pour Piccini, ce serait le streptocoque ; pour Roux, Combemale et beaucoup d'autres, on devrait accuser le staphylocoque, le pneumocoque.

Delbet nous dit, dans le post-scriptum de son article du *Traité de chirurgie*, qu'il a trouvé un bacille particulier, mobile, sporifère, aérobie, sur lequel il ne donne guère de détails. Il a essayé d'injecter ce microbe sur le chien ; malheureusement il n'a qu'une observation à fournir; et, bien qu'il ait trouvé à l'autopsie de l'hypertrophie ganglionnaire généralisée, nous sommes obligés, avec Quénu, de douter de la valeur de l'expérience.

Injecter des doses énormes et répétées de microbes, et obtenir une hypertrophie de ganglions thoraciques et prévertébraux de l'aine et des aisselles, quoi d'étonnant ?

« Pour être démonstrative, votre expérience eût dû provoquer la formation du tissu réticulé où il n'en existait pas à l'état normal. » (Quénu.)

Alors même que les observations de Delbet seraient plus nombreuses, plus démonstratives, elles ne prouveraient certainement pas que tous les lymphadénomes sont le produit d'un bacille spécifique.

Sabrazès a bien expliqué la question.

Pour lui, le seul classement doit être basé sur la formule leucocytaire d'abord, sur leur inoculabilité et sur leur évolution clinique ensuite. Ce rigorisme dans l'interprétation lui a permis de séparer la question : la lymphadénie tuberculeuse, les adénites infectieuses chroniques, qui ont pu souvent être confondues avec l'adénie de Trousseau ; c'est d'ailleurs ce qu'ont également montré M. Broca et M. le professeur Tédenat au Congrès de chirurgie de 1904, en

décrivant la forme lymphomateuse de certaines adénites tuberculeuses.

Enfin, il est une variété de sarcomes primitifs qui affectent un tel aspect, que l'on a pu les appeler des lympho-sarcomes.

Ce terme de lympho-sarcome est vague, et Billroth propose de le rayer de la littérature médicale. Il veut bien qu'on fasse la différenciation en lymphome et sarcome, mais l'état de la science est tel qu'en ce moment on pourra, en présence d'une pièce histologique, discuter longtemps entre le lymphome, le sarcome, ou la tuberculose.

Le microscope lui-même est, dans certains cas, impuissant à nous renseigner, et, comme a dit P. Delbet, le laboratoire, en présence du lymphadénome, a fait banqueroute.

Puisque le laboratoire n'a pu nous renseigner sur la nature du lymphadénome, nous sommes obligés d'établir une classification toute empirique, qui nous permettra de nous reconnaître dans une question aussi obscure. On sera étonné, sans doute, de rencontrer dans le même travail une classification clinique, et une deuxième basée sur l'anatomie pathologique. Cependant, nous avons pensé qu'en présence d'une affection qui présente des variétés aussi grandes, il était nécessaire de chercher des différenciations basées sur la simple observation.

La lymphadénie est-elle une, ou bien y a-t-il plusieurs maladies semblables qui affectent le même type ? Devrons-nous considérer la lymphadénie comme un symptôme et rien de plus ?

Pour nous qui voulons étudier un point spécial, nous devons reconnaître que la lymphadénie de l'amygdale affecte plusieurs formes.

Dans une première classe, nous mettons la localisation

unique de la diathèse sur l'amygdale, sans retentissement en un autre point de l'organisme ni dans le sang; le lymphadénome est alors une tumeur comme le sarcome.

Dans une deuxième classe, nous faisons entrer les cas où il y a coexistence de plusieurs manifestations de la même diathèse ; par exemple, le lymphome de l'amygdale coïncide avec des chapelets ganglionnaires.

Dans une troisième classe, nous avons une affection qui a un caractère propre ; tous les ganglions sont pris, quelquefois la rate, les organes lymphoïdes le sont en même temps ; c'est l'adénie de Trousseau.

Enfin, nous avons la leucémie avec tous ses caractères de maladie infectieuse; l'hyperleucocytose, avec ou sans évolution fébrile, pouvant prendre le type aigu ou le type chronique ; on peut l'assimiler à la tuberculose, à la syphilis, au paludisme. Elle fera des complications sur tel ou tel organe, mais nous ne considérerons pas ces localisations comme du lymphadénome; si l'amygdale est prise comme lieu d'élection, nous dirons que nous nous trouvons en présence d'une angine leucémique.

---

# ETIOLOGIE

Le lymphadénome se développe à tous les âges : des enfants au-dessous de cinq ans, des vieillards de 80 ans, ont été victimes de cette affection.

Les hommes seraient plus souvent atteints que les femmes.

Mais c'est surtout à l'âge adulte, de 20 à 45 ans, pour Gowers, de 20 à 30 pour Brousse et Gerardin, que l'on rencontre la pluralité des cas.

Déterminer la cause de l'affection semble difficile, des malades sujets à des amygdalites à répétition ne semblent pas plus prédisposés que ceux qui avaient joui d'une parfaite santé ; ceci semble démentir l'assertion de Tousseau qui veut que le lymphadénome débute le plus souvent dans les ganglions où se rendent les vaisseaux lymphatiques des muqueuses atteintes d'inflammations chroniques.

La grossesse pourrait avoir quelque influence sur leur développement. Quant à la tuberculose, on la fait entrer en ligne de compte pour tant d'affections, qu'il semble impossible de ne pas la prendre comme un des facteurs les plus importants.

En réalité, comme nous l'avons dit, il est très difficile de reconnaître le lymphome tuberculeux du lymphome idiopathique.

Il est à noter que le lymphadénome a une prédilection pour les tissus où se trouvent assemblées de grandes quan-

tités de leucocytes chargés de défendre l'organisme ; les ganglions lymphatiques sont en première ligne, puis viennent les organes lymphoïdes annexés à l'appareil digestif. Peut-être un jour arrive où l'organisme vaincu cède le pas à l'infection, et c'est ainsi qu'on est à discuter si le lymphadénome est d'origine parasitaire, microbienne, ou si c'est tout simplement une diathèse.

Quelle est la fréquence du lymphadénome de l'amygdale? les avis sont partagés sur ce point.

Parmentier nous dit :

« Les altérations lymphadéniques du tube digestif sont d'autant plus fréquentes que le tissu adénoïde prend une part importante à la structure des amygdales, de l'estomac et de l'intestin. »

Collet nous apprend aussi que les lymphadénomes ont souvent les amygdales comme lieu d'élection.

Pierre Delbet prétend aussi que le lymphadénome de l'amygdale est une maladie fréquente.

Quant à Moustin, il n'a pas l'air d'être aussi affirmatif que ses collègues. « Les lymphadénomes s'observent très rarement dans la paroi du pharynx proprement dit, mais l'amygdale en est parfois le siège, bien que cette localisation soit elle-même exceptionnelle. »

Nous avons parcouru les divers périodiques français et étrangers. Nous avons trouvé très peu de cas depuis la thèse de Passaquay, qui date de 1873.

Passaquay a réuni à cette époque-là une dizaine d'observations et avait cherché à établir cliniquement une démarcation entre le lymphadénome et le lymphosarcome. On sait que ces différences sont peu nettes et difficiles à établir. De plus, il distinguait deux variétés de lymphadénomes suivant qu'il y avait lymphadénie pure ou lymphadénie avec

leucémie. Nous avons dit que nous considérions ces derniers cas comme des angines leucémiques et non comme des tumeurs.

Depuis la thèse de Demange, qui date de 1874, nous ne connaissons pas de travail d'ensemble, qui ait rassemblé toutes les nouvelles observations touchant la question.

Un fait existe, c'est qu'il y a pénurie d'observations par suite de la rareté de la lésion.

Tous les spécialistes n'ont pas eu la bonne fortune d'en rencontrer un cas. Lennox Brown disait à l'Associat. Britannique qu'il en avait vu cinq cas en 25 ans. Daniel Mollière, au contraire, aurait vu dix cas de cette affection et Verneuil prétendait que le lymphadénome débute souvent par l'amygdale.

Nous avons pu réunir quinze observations dont une personnelle au professeur Tédenat.

Le lymphome de l'amygdale est souvent primitif, il est quelquefois secondaire.

« Le lymphome amygdalien peut se manifester au cours d'une lymphadénie ou d'une leucythémie en voie d'évolution et parfaitement caractérisée par ailleurs ; mais il peut aussi, et cela est d'un grand intérêt au point de vue clinique, être la première manifestation de la maladie. Ce début par l'amygdale peut, on le conçoit, amener de fâcheuses erreurs de diagnostic. » (Morestin.)

Dans une observation citée ci-après et due à M. Tédenat, le lymphadénome reste localisé aux amygdales pendant treize mois environ et c'est plus de dix mois après une première excision que les ganglions du cou, des aines et des aisselles deviennent lymphomateux à leur tour et que la cachexie se produit.

# ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Faire l'anatomie descriptive de l'amygdale paraîtrait fastidieux autant qu'inutile; mais il est intéressant tout de même, pour mieux comprendre l'anatomie pathologique, d'esquisser en quelques mots la constitution histologique de l'amygdale normale[1].

Cet organe est constitué par du tissu lymphoïde de His, qui, émergeant de la fosse amygdalienne, entre les piliers antérieurs et postérieurs du voile du palais, se recouvre de l'épithélium bucco-pharyngé.

Cet épithélium est pavimenteux, stratifié; au-dessous de lui se trouve la couche sous-épithéliale (tunique propre de Stöhr) qui représente le derme de la muqueuse bucco-pharyngée; cette dernière est constituée d'un tissu réticulé renfermant de petites formations sphériques désignées sous le nom de follicules.

Le tissu réticulé forme de fins trabécules qui naissent des cloisons interlobaires et se dirigent un peu dans tous les sens; leur ensemble constitue un vaste réticule dans les mailles duquel se trouvent des cellules lymphatiques.

On voit, en somme, que l'amygdale peut être comparée à un ganglion lymphatique, du moins quant au tissu lymphoïde inter ou pirifolliculaire, mais à un ganglion qui a soulevé et s'est recouvert de l'épithélium bucco-pharyngé.

[1] Testut. — Anat. descriptive.

Par suite de leur richesse en tissu adénoïde, les amygdales paraissent tout indiquées pour une localisation de la lymphadénie, et c'est à l'anatomie pathologique de cet organe que nous allons consacrer la fin de ce chapitre.

On a tellement l'habitude de considérer l'anatomie pathologique de l'amygdale comme semblable à celle des ganglions, que l'on néglige toujours cette question dans les ouvrages didactiques. Ainsi, Pierre Delbet [1] se contente de dire en parlant du lymphome de l'amygdale : «Là, comme dans les ganglions, il existe entre les hypertrophies simples, bénignes et les lymphadénomes les plus malins, une telle ressemblance des lésions, que l'histologie ne peut les différencier.»

Malgré cet avertissement peu encourageant, nous avons décrit fort péniblement la structure du lymphome de l'amygdale.

Si nous faisons une coupe de lymphome, nous remarquons un développement exagéré de capillaires qui parcourent la pièce dans tous les sens; la paroi du capillaire est elle-même entourée par une couche condensée de ce tissu, et c'est de cette couche que partent les fibrilles du réticulum. En certain point, on voit l'entrecroisement des fibrilles et sur les fibrilles elles-mêmes sont appliquées des cellules endothéliales. A vrai dire, on ne distingue que le réseau et non les cellules lorsqu'on observe des pièces traitées au pinceau et dont on a chassé les cellules lymphatiques.

Le volume du lymphadénome est variable depuis le grain de mil à celui du poing.

Tantôt il se développe sur toute l'amygdale, occasionnant l'hypertrophie totale; tantôt il se localise en un point, et

[1] Traité de chirurgie, Delbet et Le Dentu, t. I.

forme une tumeur mal limitée et difficilement isolable du tissu sain environnant.

La couleur de l'amygdale, lorsqu'on fait ouvrir la bouche du sujet, est le plus souvent celle de la muqueuse ordinaire; mais sur la pièce enlevée, on remarque un aspect encéphaloïde, mou, grisâtre, présentant dans certains points des îlots rouges correspondant à des dilatations vasculaires et à des foyers hémorragiques. Cartaz prétend n'avoir jamais vu l'aspect grisâtre, cérébriforme. En certains points, on voit quelquefois des parties opaques, caséeuses et lardacées.

Mais le point le plus important de la question, c'est la disposition particulière des vaisseaux qui font, dans ces pièces, partie intégrante de la tumeur. Or, comme pareille structure se rencontre également dans le sarcome, on comprendra aisément pourquoi certains auteurs ont voulu dénommer ces tumeurs des lympho-sarcomes.

C'est cette présence d'ectasies vasculaires nombreuses qui permet de faire le diagnostic différentiel avec l'épithéliome.

Quant au diagnostic avec le sarcome, il faut avoir recours au microscope, et encore y a-t il souvent des cas tellement complexes qu'il est pénible de trancher la question.

Le lymphadénome, soumis au raclage, donne un suc laiteux très abondant, constitué par des cellules rondes, petites de 10 $\mu$; mais il en est de plus volumineuses, ressemblant à des cellules géantes. (Cornil et Ranvier.)

Ces îlots rouges que l'on voit à la surface de la tumeur, et que nous avons dit être des foyers hémorragiques, contiennent des globules rouges du sang ou du pigment sanguin.

On voit aussi, sur la coupe de la pièce, des cellules fusiformes qui paraissent aplaties et qui dérivent de l'endothélium des vaisseaux ou du stroma réticulé.

Le tissu conjonctif et les capillaires font partie intégrante

de la tumeur. Sur certaines pièces, on voit le développement exagéré du tissu conjonctif ; les cellules plates peuvent, en effet, se multiplier plus que dans le lymphome ordinaire ; elles prennent point d'appui sur les travées ou trabécules du tissu réticulé, elles se faufilent dans les interstices des cellules lymphatiques.

Cette variété de lymphome fibreux est assez répandue ; elle peut occuper la tumeur tout entière ou être localisée en un seul point, tandis que le restant de la tumeur est constitué par du lymphadénome simple.

En somme, une classification est nécessaire pour se reconnaître dans les diverses formes du lymphadénome, mais une classification purement théorique.

Plusieurs ont été proposées :

La classification de Jaccoud, et la classification de Malassez et Ranvier étant à peu près semblables, doivent être acceptées.

L'auteur de l'article du Dictionnaire en quarante volumes donne la division suivante :

1° Lymphadénome type ;

2° Lymphadénome à gros réticulum ;

3° Lymphadénome à cellules.

La classification de Malassez et Ranvier, proposée en 1872, a été adoptée par Vaillard, Brousses et Gerardin, Pierre Delbet.

Ces auteurs distinguent deux grandes classes : des lymphadénomes types et des lymphomes atypiques.

A. Lymphadénome à type pur. Lymphome type de Jaccoud, dans lequel l'hyperplasie porte sur le réticulum et les éléments cellulaires, frappant dans la même proportion les deux éléments.

B. Lymphadénome à type irrégulier. L'hyperplasie frappe de préférence l'un des deux éléments.

Dans le premier cas, on a du lymphadénome à prédomi-

nance cellulaire ; si les cellules sont grosses, multinucléées, c'est le lymphosarcome.

Dans le deuxième, on a du lymphadénome à prédominance réticulaire ; en cette dernière catégorie entrent les formes fibreuses dont Brousses et Gerardin veulent faire une classe à part. Du reste, ces classifications n'ont qu'une valeur simplement théorique ; il faut savoir que ces diverses formes peuvent se rencontrer côte à côte sur la même pièce.

L'évolution de ces tumeurs est parfois accidentée de certaines modifications.

Nous avons vu qu'en certains points de la tumeur on voyait des foyers hémorragiques; ces hémorragies sont dues à des ruptures vasculaires dont le mécanisme est facile à expliquer. Les globules blancs jouissant d'un pouvoir adhésif très marqué, adhèrent à la paroi des vaisseaux. Lorsque leur nombre devient très élevé, et on sait qu'il peut être plus élevé que celui des globules rouges, il y a formation d'embolus; la circulation étant enchaînée, il y a hypertension sanguine et la rupture du vaisseau est de ce chef réalisée

D'autres fois, on remarque des nodules blancs caséeux ; la pathogénie de ces formations est la suivante : la stagnation du sang amène sa coagulation et formation des îlots blanchâtres opaques, caséeux, dans lesquels on retrouve la structure du tissu adénoïde, mais atrophié.

Un point intéressant à rechercher était de savoir si le lymphadénome de l'amygdale était susceptible de s'ulcérer, la fait n'est pas rare. Verneuil nous donne une observation dans laquelle il est fait mention, en même temps qu'un engorgement des ganglions cervicaux, d'une ulcération blafarde, à bords minces, de l'amygdale gauche.

Certains auteurs considèrent l'ulcération comme étant de règle, et pouvant favoriser le diagnostic.

# ÉVOLUTION

Le lymphadénome, et surtout celui de l'amygdale, évolue comme le cancer dans la majorité des cas.

Comme le cancer, il a ou peut avoir un retentissement sur le système ganglionnaire lymphatique (nous laissons de côté les cas où l'infection de l'amygdale est un épiphénomène).

Comme le cancer, il est susceptible de se greffer secondairement sur d'autres viscères. Enfin il subit une évolution progressive et se termine par la cachexie.

L'ulcération de la tumeur amygdalienne n'est pas un phénomène rare, mais n'intervient qu'à une période avancée.

Un phénomène souvent observé est l'arrêt du développement de la tumeur; cet arrêt peut durer plusieurs mois, à la suite quelquefois de médication arsenicale.

Bien que la régression du lymphadénome ait été rapportée plusieurs fois, on ne trouve pas, que nous sachions, des cas très probants d'une pareille évolution dans l'amygdale.

Quant aux dégénérescences diverses, sarcomateuses ou lipomateuses, nous nous garderons d'aborder cette question, qui est un des arguments autour desquels se disputent les partisans ou adversaires de la théorie infectieuse.

Un fait certain, c'est que le lymphadénome progresse constamment par envahissement des tissus voisins et multiplication de leurs propres éléments.

Sans vouloir encore une fois faire de l'anatomie et traiter la loge amygdalienne, nous insisterons sur une enveloppe

fibreuse, que Chassaignac a bien étudiée ; elle forme une demi-coque externe, très résistante, que le stylet ne peut arriver, sur les dissections, à perforer. Cette coque fibreuse, présente des orifices livrant passage aux vaisseaux.

Lorsque cette coque fibreuse, relativement mince, mais qui forme une solide barrière aura cédé, nous verrons la tumeur jusqu'ici facilement limitable, envahir tout ce qui se trouve sur son passage.

Moxton nous dit que l'on voit des tumeurs progresser ainsi et atteindre huit fois le volume de l'amygdale normale

Fouilhoux, dans l'observation que nous avons citée, nous dit que la tumeur a repoussé en avant et en dehors la jugulaire, la carotide primitive et sa branche de bifurcation, la carotide externe. La tumeur avait, en outre, usé la paroi externe de la carotide interne, qui présentait une dilatation anévrysmale.

Dans le processus envahissant du lymphadénome, le sort des vaisseaux a une certaine valeur : tantôt ils sont écartés tout simplement, d'autres fois ils sont légèrement atteints, comme dans le cas ci-dessus ; dans d'autres cas, ils sont englobés par la tumeur ; celle-ci, au lieu de repousser tous les organes qui s'opposent à son extension, les englobe tout simplement.

On comprend, dès lors, combien une intervention chirurgicale présente un danger immédiat, et l'observation de Fouilhoux, que nous citons la première, démontre bien quelles craintes doit nous inspirer une hémorragie que rien ne peut arrêter

C'est pour cela, que certains auteurs ont pensé à faire la ligature des vaisseaux avant d'intervenir ; l'exemple du Dr Duncan, dont il est question dans l'observation de Lediard, est à tous les points louable. Johnson a également lié la carotide externe.

# SYMPTOMATOLOGIE

Disons tout d'abord que l'existence d'un néoplasme amygdalien reste souvent latente et, de ce fait, méconnue, arrive jusqu'à une période avancée sans attirer l'attention du médecin.

Nous devons, pour faciliter l étude de la question, diviser la question en lymphome aleucémique et lymphome leucémique; cette dernière classe présente deux sous-classes suivant que la tumeur évolue d'une façon aiguë ou chronique. Le lymphome aleucémique est la variété la plus importante, et nous allons traiter cette question en détail. Nous ferons en passant les remarques nécessaires à la deuxième catégorie : Lymphome leucémique, ou plutôt angine leucémique.

*Troubles fonctionnels* — Ce sont les premiers en date. Le malade se plaint à peine d'une gène à la gorge, augmentée par les mouvements de déglutition; il croit expliquer cela par l'arrêt d'une parcelle alimentaire, mais c'est en vain qu'il multiplie les mouvements de déglutition, la dysphagie persiste. La gène augmente et devient de la douleur sourde qui va s'irradier dans le cou et surtout l'oreille.

La tumeur grossit insensiblement, écarte et tiraille les piliers antérieur et postérieur du voile du palais, la déglutition est dès lors gênée, le liquide peut même refluer vers le nez ; enfin, il n'est pas rare de rencontrer des malades pré-

sentant des symptômes analogues à ceux de la paralysie du voile.

Le volume et la situation de la tumeur déterminent des nausées, des vomissements, des quintes de toux qui reviennent périodiquement.

Les auteurs ont beaucoup insisté sur la sialorrhée, qui sera fétide lorsque la tumeur se sera ulcérée ; c'est alors qu'on peut avoir des hémorragies.

Si tous les symptômes peuvent échapper au médecin, il en est un qui vous obligera à examiner la bouche et le pharynx de vos malades; ce symptôme important est le nasonnement de la voix amygdalienne, la prononciation défectueuse. Alors apparaissent les symptômes d'asphyxie, le malade ne peut respirer avec la bouche fermée. (Symptôme qui s'exagère durant le sommeil.) Des accès de suffocation se produisent tellement graves qu'ils ont nécessité la trachéotomie.

*Examen de la gorge.* — Il n'est pas nécessaire d'être spécialiste pour examiner une amygdale, le miroir frontal n'est pas indispensable, la lumière polaire éclairera la cavité buccale si on sait faire de la place pour découvrir les amygdales.

Une cuillère suffit, si l'on n'a pas d'abaisse-langue.

N'importe quel instrument auquel vous aurez donné le choix suffira; souvent l'on enfonce trop ou pas assez l'abaisse-langue, dans le premier cas, on occasionne des nausées, voire même des vomissements.

On n'enfonce pas assez, et alors on ne peut abaisser la langue, qui remplit toute la cavité buccale et dont la face supérieure en dos d'âne, masque l'isthme du pharynx. Avec de la douceur et de la patience, on arrive à vaincre la pusillanimité du sujet.

Dans une deuxième manœuvre, on pratique le toucher digital de la tumeur. Le chirurgien, se plaçant à droite ou à

gauche, fixe avec sa main libre la tête du malade; cela fait, on introduit un index au niveau de la commissure externe des lèvres; en suivant la paroi interne de la joue, on arrive ainsi jusqu'à la tonsille.

Mais le toucher unidigital, s'il vous renseigne sur la dureté et la résistance, ne pourra pas vous renseigner plus qu'à l'examen de la gorge ; c'est au palper bidigital que vous devez avoir recours, les doigts de l'autre main permettront d'apprécier le volume, l'adhérence, la mobilité de la tumeur.

L'examen des ganglions de la région complètera l'examen clinique du malade.

On recherchera les ganglions à l'angle de la mâchoire et dans toute la région sous-maxillaire ; mais dans la plupart des cas, ces organes n'auront aucun besoin d'être recherchés tant est grand leur développement.

Il faudra avec le plus grand soin examiner tous les viscères, la rate, le foie, le testicule, le squelette; car nous savons que le lymphome a pour caractéristique de pulluler au loin de la lésion primitive.

La marche de la maladie va être plus ou moins rapide; telle forme qui jusqu'ici, a eu une évolution torpide, va recevoir un coup de fouet au moindre traitement intempestif.

Un essai d'opération chirurgicale même précipitera la succession d'événements terribles.

Les tissus voisins, les ganglions cervicaux, puis tous les ganglions de l'économie, la rate, le foie, sont envahis.

Les téguments prennent une teinte pâle, toute particulière à cette affection; ils s'émacient et s'infiltrent, les œdèmes apparaissent.

Une toux quinteuse et opiniâtre va apparaître, pour nous prévenir que les ganglions trachéobronchiques ont été atteints.

Dès lors la marche devient rapide, le malade va être emporté par la moindre oscillation pathologique: pneumonie,

broncho-pneumonie, tuberculose à marche rapide, d'autres fois le malade se cachectise et s'éteint dans une syncope.

Enfin, souvent le lymphome de l'amygdale tue par ses propres moyens, soit que les ulcérations en aboutissent à de la stomatite et à la suppuration du tissu bucco-pharyngé, soit que le développement de la tumeur, par son énorme développement, occasionne l'asphyxie.

C'est dans ce cas que l'on a tenté, mais en vain, la trachéotomie. Panas a fait l'extirpation partielle. Enfin, pour parler d'une complication rare, l'ulcération de la carotide interne.

Nous avons considéré, dans toute cette description le lymphome aleucémique ; dans le lymphome leucémique forme chronique, les amygdales peuvent rester saines alors même que tous les autres tissus lymphoïdes sont envahis.

Lorsque le processus atteint cet organe, on voit les amygdales tuméfiées ainsi que les parotides et les sous-maxillaires, mais cet incident, qui n'est qu'un épiphénomène, n'influe en rien dans le cours de la maladie.

D'autres fois, l'amygdale est le siège d'une hypertrophie considérable et nous avons le type du lymphome aleucémique décrit ci-dessus.

La leucémie aiguë, qui est une autre forme du lymphome leucémique, affecte, par son évolution, l'aspect d'une fièvre infectieuse.

L'invasion soudaine, l'évolution rapide, les frissons, les points de côtés, la céphalée, sont tous les symptômes que l'on retrouve dans les phtisies. L'examen de la courbe thermique seule peut suffire à nous égarer. Ici pas de ganglions volumineux, quoiqu'ils soient pris; les cervicaux seuls sont tuméfiés, comme pour vous mettre sur la voie.

Mais disons pour terminer que, dans cette forme clinique de la leucémie, le tissu lymphoïde des amygdales est assez rarement lésé.

# DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Pour diagnostiquer le lymphome, une seule chose est nécessaire : il faut y penser. Cette phrase qui, à première vue, paraît ridicule, est bien l'expression de la vérité.

On ne fait pas souvent le diagnostic du lymphadénome parce que cette affection est rare ; lorsqu'on fait le diagnostic différentiel d'une tumeur, on pense à tout sauf au lymphadénome.

Le lymphome de l'amygdale affectant des formes cliniques diverses, nous allons établir le diagnostic différentiel en nous conformant au plan de l'article de Guépin et Ripault, auquel nous ferons de larges emprunts.

L'erreur la plus fréquente consiste à prendre le lymphome pour l'hypertrophie simple.

Dans l'hypertrophie simple la symétrie est presque la règle, mais il est aussi des cas où le lymphome est bilatéral; ces cas-là seront particulièrement difficiles si l'état du système ganglionnaire est intact.

Si nous trouvons une hypertrophie amygdalienne unilatérale, cette constatation devra attirer notre attention : il faut penser à une tumeur maligne.

Un point intéressant à établir est la bilatéralité de l'affection. Pour les uns, le lymphome de l'amygdale est toujours bilatéral. Guépin et Ripault, Cartaz, sont du nombre. Compaind, de Madrid (*Rev. de laryng.*), est plus explicite encore et il s'explique ainsi :

« Ce qui permet de reconnaître le lymphadénome du sarcome, c'est que le premier est toujours bilatéral. »

A vrai dire, cette assertion est un peu exagérée ; les cas de lymphome unilatéral ne manquent pas dans la liste que nous rapportons dans notre thèse.

Si on parle de bilatéralité de la lésion, il vaut mieux dire que la lésion débute sur une amygdale, puis envahit celle du côté opposé ; mais comme dans l'observation de Gaudin, dans l'observation de Cartaz, etc., on voit la prédominance des lésions d'un côté ou de l'autre.

Ce caractère de progression est le propre du lymphome, surtout de la variété amygdalienne. On sait, en effet, ce qu'est le grand cercle lymphatique de Waldeyer, et il est aisé de comprendre comment, après l'amygdale palatine, on verra se produire la dégénérescence de l'amygdale linguale, de l'amygdale pharyngienne et de tout le tissu lymphoïde de l'isthme du pharynx.

L'examen de la cavité buccale, même avec le miroir frontal, ne nous apprendra rien, que l'épithélium soit intact ou porteur d'une ulcération.

Le toucher unidigital nous donnera la notion de l'étendue de la tumeur, mais ce renseignement sera encore assez vague ; il sera nécessaire de pratiquer le toucher bidigital en appliquant un index dans la cavité buccale et l'index opposé ou même tous les doigts de l'autre main dans la région sous-maxillaire, au niveau de l'angle de la mâchoire.

La consistance du lymphome étant variable, on pourra commettre aisément une erreur ; nous avons vu, dans l'observation Ire, que la sensation de fluctuation avait fait porter le diagnostic de phlegmon périamygdalien.

Il n'est pas d'examen de la cavité buccale qui ne s'accompagne de l'exploration des ganglions correspondants et surtout de la région sous-maxillaire.

Il sera parfois fort difficile, surtout au début, de rapporter à la lymphadénie la cause de l'adénopathie, surtout lorsqu'on verra une amygdale volumineuse. On pensera plutôt à une amygdalite chronique avec adénopathie, principalement lorsque le sujet sera un lymphatique, un strumeux.

Le diagnostic est donc fort difficile. Une question importante se pose, grave de conséquences. Faut-il prélever un morceau de la tumeur pour un examen histologique? Nous avons vu dans l'observation que le simple essai d'extirpation du lymphome avait donné à l'affection une marche rapide et une pullulation qui occasionnait une marche rapide de l'affection. Quelquefois on a vu le malade emporté à bref délai.

Et, du reste, le laboratoire sera t-il toujours compétent dans la matière? Rappelons la phrase de Pierre Delbet (*Traité de Chirurgie*):

« De l'avis des anatomo-pathologistes les plus compétents, il est impossible de distinguer sous le microscope certaines formes de tuberculose ganglionnaire, certaines adénites chroniques, absolument bénignes des lymphadénomes les plus malins. Sur ce point, l'histologie a fait banqueroute. » Surveiller l'évolution de la maladie sera peut-être un procédé plus sûr; faites revenir souvent votre malade, et, pour peu que vous ayez de doute, pas de traitement intempestif.

Que de fois un spécialiste, examinant pour la première fois son malade, le plus souvent un enfant, ne s'est-il empressé de porter un diagnostic d'hypertrophie des amygdales et de conseiller l'ablation chirurgicale.

Souvent un confrère appelé à donner son avis, a pu, grâce aux symptômes accessoires, modifier le diagnostic et faire songer au lymphome.

La syphilis est, chez l'adulte, le diagnostic auquel on pense lorsqu'on voit une amygdalite chronique unilatérale. Il fau-

dra s'enquérir des antécédents du malade et penser à la syphilis congénitale, aussi bien qu'à la syphilis acquise.

Cette hypertrophie spécifique est quelquefois chronique, on la rencontre chez les adolescents ; elle est occasionnée par des poussées répétées de plaques muqueuses.

Il sera facile de chercher d'autres symptômes qui puissent faire confirmer la spécificité de l'affection, ganglions sous-occipitaux, plaques d'alopécie, roséole mal effacée. Si, au contraire, tous ces indices ont disparu, le diagnostic devient plus difficile. Du reste, la syphilis n'est pas seule à déterminer des hypertrophies de l'amygdale : les affections inflammatoires subaiguës arrivent au même point.

Les cryptes amygdaliennes s'oblitèrent; souvent il se produit des dilatations de ces cavités closes de l'amygdalite ; la tumeur est constituée. La palpation permettra de déceler la nature de la maladie.

Les corps étrangers, les calculs, peuvent produire la même affection et entretenir semblable erreur; il faut savoir que, même dans certains cas, ces phénomènes d'occlusion cryptique s'accompagnent d'ulcération, qui en imposent et font songer à une tumeur maligne.

Le fibrome de l'amygdale qui, dans ces derniers temps, a été l'objet de plusieurs thèses ou mémoires, est très rarement volumineux ; il présente une dureté extrême, chondromateuse, une surface bosselée.

Le *lipome* est une affection exceptionnelle.

Le papillome de l'amygdale pourrait égarer aisément le diagnostic ; il présente le caractère de s'étendre sur toute la région bucco-pharyngée, sur la base de la langue particulièrement, ce qui peut faire penser à l'infection lymphomateuse de l'amygdale linguale.

Il s'accompagne de troubles analogues à ceux du lymphome : gêne de la déglutition, dysphagie, sialorrhée, troubles

de la voix ; mais sa coloration gris rougeâtre, son petit volume, son aspect uniforme, préviendront le chirurgien.

Les polypes sont susceptibles d'acquérir un gros volume ; mais, caractère distinctif, ils sont pédiculés, ils sont sillonnés de néo-vaisseaux, polypes fibro et lympho-angiomateux. (Legrais.) Si ces tumeurs prennent des pédicules secondaires, leur diagnostic sera très difficile ; mais cette éventualité est extraordinaire.

Ils revêtent tous les caractères graves des tumeurs malignes, oppression véritable, et crises de suffocation.

L'épithélioma, le sarcome, ne sont pas des tumeurs exceptionnelles; ce sont des tumeurs malignes; mais les formes malignes les plus graves sont, sans contredit, le lymphome et le lympho-sarcome (Nous avons dit que certains auteurs employaient aussi bien les deux termes comme synonymes.)

« Quand un malade se présente avec une tumeur dont l'évolution et les signes, tant objectifs que subjectifs, permettent l'indécision, un des facteurs du diagnostic est certainement la considération de l'âge plus ou moins avancé.

» Partout ou à peu près, le cancer est plus fréquent chez les vieux ; d'une façon générale il en est bien ainsi pour la région qui nous occupe. Cependant, il faut retenir que, si l'épithélioma et le carcinome se montrent, pour ainsi dire, toujours ap ès quarante ans, que si le sarcome et le lymphadénome sont, de préférence, l'apanage de la jeunesse, depuis l'enfance jusqu'à l'âge moyen de la vie, il est, à cette règle, nombre d'exceptions » (Guépin )

Nous avons insisté sur l'ulcération possible du lymphadénome; ce fait en lui-même est une difficulté de plus dans le diagnostic différentiel.

Si la tumeur n'est pas ulcérée et le diagnostic de tumeur maligne établi, il sera fort pénible de le porter. Le sarcome envahit le système ganglionnaire, mais tardivement ; le

lymphadénome primitif sans retentissement ganglionnaire se rencontre parfois. Dans ce dernier cas, ni l'examen du sang, ni l'examen histologique ne peuvent nous renseigner.

Si nous ajoutons à cela que les deux diathèses peuvent se présenter sous forme de lympho-sarcome, il sera facile de comprendre qu'en ce cas le diagnostic est impossible.

Comme le sarcome, le lymphone aleucémique évolue rapidement et est d'un pronostic fatal ; l'évolution ne pourra même pas nous permettre le diagnostic.

Le lymphome est parfois bilatéral, mais ce n'est pas la règle générale ; ce signe n'aura quelque valeur que dans des cas limités: nous nous sommes expliqués autre part.

Le lymphadénome s'ulcère assez fréquemment, mais les ulcérations n'apparaissent que dans les derniers temps de la maladie, la tumeur alors a atteint son maximum, et peu importe le diagnostic à ce moment-là, puisqu'il n'a plus aucune utilité en vue du traitement, la fin est à brève échéance. Il peut affecter la forme d'un épithélioma, douleur, sialorrhée, troubles de la déglutition ; mais ici l'adénopathie est constante, autant par localisation que par sa présence.

Les ganglions de l'angle de la mâchoire sont seuls atteints. Les cas de Taylor et de Durat, dans lesquels des cancers de l'amygdale avaient déterminé de l'adénite préauriculaire, sont de simples exceptions ; on ne retrouve que peu de cas semblables dans la science.

Il faut savoir toutefois que, comparativement au lymphome, l'épithéliome met longtemps à évoluer ; les ganglions sont pris tardivement.

Nous avons dit que le lymphome s'ulcérait fréquemment, mais l'ulcération mérite à peine ce nom ; c'est plutôt une exulcération qui ne creuse pas, qui ne bourgeonne pas. L'ulcération de l'épithéliome prolifère activement, c'est une

masse bourgeonnante, un champignon saignant facilement, et suintant d'une manière infecte.

Le chancre syphilitique n'est pas une rareté; Dieulafoy a insisté, dans ses cliniques, sur les diverses formes cliniques de cette affection.

Comme la lymphadénie, comme le cancer, la roséole a un retentissement sur le système ganglionnaire. Le chancre s'accompagne toujours d'une ulcération, parfois d'une exulcération

Or, amygdale avec légère ulcération; grosse adénopathie; voilà le tableau du lymphadénome; la roséole, dira-t-on, tranchera le débat; mais ne voit-on pas des leucémides (manifestations cutanées de la leucémie) qui pourront nous induire en erreur?

Avec Guépin, nous dirons, il ne faut pas se prononcer dès le premier examen; nous établirons, durant quinze jours, le traitement mercuriel, et les événements nous apprendront si nous avons bien agi.

Nous avons dit, plus haut, que de nombreuses poussées de plaques muqueuses pouvaient occasionner une hypertrophie secondaire des amygdales; la présence de plaques muqueuses ulcérées, sur une amygdale déjà lésée, occasionnera de l'adénopathie d'origine inflammatoire.

Le traitement hydrargyrique nous sera, encore ici, d'un grand secours.

A la période tertiaire, une gomme ulcérée pourra simuler le cancer, mais l'ulcération à bords minces et décollés, et non indurés, le fond bourbillonné, l'adénopathie absente ou de peu de durée, serviront à nous écarter du diagnostic de lymphadénome.

L'iodure de potassium, qu'on pourra accompagner de frictions mercurielles, sera la pierre de touche de cette lésion.

La tuberculose est aussi la grande ennemie du système

lymphoïde ; elle est toujours en train de faire le siége des ganglions lymphatiques à l'amygdale ; nous la trouvons sous la forme du lupus, qui n'est pas facilement localisable, mais, au contraire, tend à gagner en étendue sur le voile, le pharynx et la langue ; elle n'a pas de retentissement sur les ganglions lymphatiques

Indépendamment de la forme lupique que prend la tuberculose sur l'amygdale, on trouve aussi une forme que l'on dénomme simplement tuberculose de l'amygdale ; elle a été minutieusement décrite par Dieulafoy dans ses cliniques.

Elle s'accompagne d'adénite et les ulcérations torpides ne sont pas rares ; mais le plus souvent les ulcères que l'on rencontre sur les amygdales tuberculeuses sont douloureux et surtout ne restent pas localisés à l'amygdale.

Nous avons du reste suffisamment parlé du rôle de la tuberculose dans la pathogénie du lymphadénome, et nous savons que Sabrazès a longuement étudié le lymphome tuberculeux.

Pour terminer, nous allons parler d'une affection rare, mais qui peut induire en erreur les gens non avisés.

*L'amygdalite folliculaire ulcérée* qui a été étudiée par Delie, d'Ypres, a comme caractères principaux une hypertrophie de l'organe, occasionnant une gène plutôt qu'une véritable douleur, des troubles de la déglutition. L'ulcération qui l'accompagne est de 5 à 10 mm. de diamètre, avec des bords irréguliers, taillés à pic, ne présentant pas de caractères d'inflammation.

Cependant, on rencontre, au niveau de l'angle de la mâchoire, des ganglions volumineux et peu douloureux.

Tous ces symptômes ne s'accompagnent d'aucun phénomène fébrile et sont souvent découverts par hasard.

On voit, en somme, que les causes d'erreur sont fréquentes dans le diagnostic du lymphadénome, et si la numération

des globules ne nous vient pas en aide, la biopsie et l'examen du fragment ne nous permettront guère de dépister la nature de l'affection ; quant à distinguer les diverses variétés du lymphadénome amygdalien, c'est la marche rapide dans le cas de lymphosarcome, l'examen du sang, l'examen histologique qui feront ce diagnostic, d'ailleurs fort malaisé.

---

# PRONOSTIC ET TRAITEMENT

La marche du lymphadénome de l'amygdale est essentiellement variable. Dans bien des cas, elle évolue lentement, sans à-coups, avec toutes les apparences d'une tumeur bénigne, que seul désavoue l'engorgement ganglionnaire

D'autres fois, au contraire, l'évolution est rapide, presque foudroyante les symptômes s'accusent de jour en jour, les phases se succèdent avec une rapidité terrifiante Mais entre ces deux formes extrêmes, bien des stades différents, bien des formes variées parfois peuvent prendre place. La tumeur semble s'arrêter dans sa marche progressive, et, sans rétrograder, demeure quelque temps stationnaire; d'autres fois, au contraire, on assiste à de brusques poussées, des à-coups violents qui aggravent étrangement la situation.

Quoi qu'il en soit, le pronostic est toujours très grave, et du fait de plusieurs causes. Tout d'abord le voisinage des gros vaisseaux du cou fait que le siège seul de la tumeur est déjà un sérieux danger. De plus, l'engorgement ganglionnaire toujours précoce, ce qui n'a rien d'étonnant si l'on songe à la richesse en lymphatique de cette région, est une cause aggravante, puisqu'elle facilite singulièrement les récidives Enfin, la concomitance d'un état général profondément atteint, d'une cachexie leucémique irrémédiable, d'un affaiblissement progressif et fatal des malades n'est pas la moindre des raisons qui permettent au chirurgien de redouter en pareil cas une issue fatale à brève échéance.

Le pronostic est d'autant plus sombre, qu'il n'est pas de traitement curatif certain.

Dès le début, lorsque l'affection est limitée à l'amygdale et qu'il n'y a pas encore de retentissement ganglionnaire, l'opération s'impose. Après ou sans ligature préalable de la carotide, on incisera largement les téguments pour arriver à la zone tonsillaire après effondrement de la paroi du pharynx. Tout ganglion rencontré d'apparence suspecte devra être enlevé de parti pris. Il sera même préférable de toujours aller à la recherche des masses ganglionnaires dont l'engorgement est le plus souvent précoce, dont l'ablation est une condition *sine qua non* de réussite.

L'ancien procédé de Broca par écrasement avec l'écraseur linéaire de Chassaignac, est aujourd'hui abandonné, et c'est à l'incisiòn large, telle qu'elle est décrite dans l'observation de Jonhson, que l'on pourra avoir recours.

Mais lorsque la tumeur n'est plus limitée, lorsqu'il y a adénite cervicale, tout traitement chirurgical ne sera que palliatif. On pourra opérer, soit pòur rétablir la perméabilité du pharynx, soit pour trachéotomiser, s'il y avait menace d'asphyxie ; mais l'ablation radicale est contre-indiquée, et c'est au traitement général que l'on devra se borner.

Quel sera-t-il ?

La thérapeutique est impuissante à faire rétrograder de telles tumeurs. Le phosphore à l'intérieur a parfois donné des résultats inattendus; l'arsenic à doses progressives a eu, lui aussi, d'importants succès ; mais ce qu'il faut bien se rappeler, ce qu'il importe de ne pas perdre de vue, c'est que le traitement médical peut relever l'état général, peut, en quelque sorte, enrayer pour un temps la marche des choses, c'est qu'il peut améliorer le malade, mais qu'il ne le guérit jamais.

Dans quelques cas pourtant, ainsi que l'ont vu MM. Reclus

et Tédenat, les tumeurs lymphomateuses, ganglionnaires et amygdaliennes subissent une énorme diminution de leur volume qui peut persister pendant plusieurs années. Tédedat a vu la disparition à peu près complète des tumeurs amygdaliennes et des ganglions du cou et des aines qui persistaient encore après six ans. Le malade fut alors emporté par une pneumonie aiguë à l'âge de 58 ans. La thèse de Marmoyet (Montpellier 1882), inspirée par M. Tédenat, montre que la médication arsenicale donne, en de rares circonstances, de réelles améliorations ; mais peut-on dire qu'elle ait jamais fait des guérisons complètes et définitives?

## Observation première

(Professeur Tédenat)

Lymphome dur des deux amygdales. — Excision par la voie buccale. — Amélioration pendant huit mois. — Nouvelle excision. — Apparition de lymphomes ganglionnaires au cou, aux aisselles. — Mort en cachexie, sans leucémie.

Pierre N...., cultivateur, âgé de 67 ans, demeurant à Saint-Bauzille, est adressé à M. Tédenat par le docteur Bourguet.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires ou personnels. De taille moyenne, cet homme s'est toujours bien porté; n'a eu ni syphilis, ni malaria, ni rhumatisme.

Depuis huit ou dix mois, il éprouve un peu de gêne dans la déglutition, entend des bruits dans les oreilles et a l'ouïe dure, surtout du côté gauche.

Consulté le 3 juin 1888, le docteur Bourguet constate une énorme hypertrophie des deux amygdales, qui sont lisses et en contact l'une de l'autre. Il pratique quelques badigeonnages à la teinture d'iode, sans résultats, et constatant l'augmentation progressive des tonsilles, envoie le malade à M. Tédenat (6 juillet 1888).

Les deux amygdales, lisses, fermes, d'un gris pâle, viennent en contact et dépriment la base de la langue. Pas de ganglions rétro-maxillaires. Gêne énorme de la déglutition. Surdité presque complète, avec bruissements fréquents dans les oreilles, et du vertige fréquent. Le malade est pâle et se nourrit mal, par suite des difficultés de la déglutition. M. Tédenat diagnostique un lymphome, et, à cause de la dureté des amygdales, les suppose peu vasculaires. Il les excise avec des ciseaux courts, après fixation au moyen de pinces fines de Museux. En quelques coups de ciseaux, les masses amygdaliennes sont mises au ras des piliers. Le moignon ne saigne pas ; il est néanmoins rôti au thermo-cautère. Gargarismes astringents. Réaction insignifiante. Dans la soirée, le malade boit du lait; dès le surlendemain, il avale des soupes, des œufs, des purées.... Après cinq ou six jours, la déglutition se fait dans des conditions parfaites; la surface de section se cicatrise rapidement; l'état général s'améliore très vite; les vertiges, les bruits dans les oreilles, disparaissent; l'ouïe redevient à peu près normale.

Tout va ainsi très bien pendant huit mois. Alors les accidents ci-dessus indiqués recommencent, et, le 9 avril, le malade revient voir M. Tédenat, qui trouve les amygdales à peine un peu moins volumineuses que la première fois, avec une couche cicatricielle blanche et ferme à leur surface. Il les excise comme la première fois. Tout se passe très bien. Il n'y a pas de lymphomes appréciables dans les ganglions cervicaux, inguinaux, axillaires.

Trois mois plus tard, le malade revient. Il déglutit bien, les amygdales étant peu tuméfiées; mais il existe de gros paquets de ganglions mous en chaîne d'oignons, des deux côtés du cou et dans les cavités axillaires. Le malade a la face pâle et bouffie ; il éprouve de vagues douleurs dans les membres. C'est la cachexie qui commence, sans trace de

leucémie, ainsi que l'établit l'examen du sang. L'arsenic, déjà employé, est continué avec du phosphate de soude. Le malade succombe lentement six mois plus tard.

L'examen microscopique de l'amygdale montra un réticule à travées larges, épaisses, dans les mailles duquel étaient contenus de nombreux leucocytes; pas de foyers hémorragiques.

## Observation II

Tumeur lymphoïde de l'amygdale gauche. — Morcellement. — Guérison

Pr Lavrand *(Société française laryngologie 1903)*

A. Bou... âgé de 50 ans, est venu nous consulter pour une affection de la gorge, le 17 juin 1901. Il se plaignait d'une gêne assez marquée de la déglutition du côté gauche, en sorte qu'il s'alimentait péniblement. La voix était sourde. Les forces avaient beaucoup diminué et le facies pâli, en même temps que l'embonpoint avait disparu. Le sommeil lui-même était troublé.

L'affection remontait comme début au commencement de l'hiver 1900-01. Croyant à un refroidissement, le malade n'avait d'abord attaché aucune importance au malaise qu'il éprouvait. Bientôt il sent un mauvais goût dans la bouche et les douleurs augmentent de plus en plus, s'exaspérant à chaque déglutition ; elles se localisent au niveau de l'amygdale gauche et s'irradient jusque dans l'oreille. Au bout de quelque temps, l'amygdale est devenue assez volumineuse. Le malade s'est mis à fumer beaucoup, dans l'espoir de calmer ces symptômes pénibles.

Durant six mois, il a consulté plusieurs médecins sans résultats.

Le 17 juin, au moment de l'examen, nous trouvons un ganglion sous-maxillaire gauche. L'haleine est très odorante.

L'amygdale gauche apparaît notablement augmentée de volume ; elle est très irrégulière, à surface lisse, rose clair par endroits, blanc sale en d'autres, de consistance mollasse. A noter que, seule, l'amygdale est atteinte, les tissus voisins sont encore respectés.

Pas d'ulcération ; mais la tumeur, en certains points, saigne au moindre contact

Traitement désinfectant et sédatif. Médication cacodylique par la bouche.

3 juillet. — L'odeur a disparu les douleurs n'ont pas augmenté.

25. Le malade accuse un mieux sensible, mais la tumeur ne s'est pas modifiée sensiblement.

Le traitement est donc continué pendant le mois d'août.

5 septembre.— Le ganglion ne se sent plus, mais la tumeur persiste avec les mêmes caractères qu'au début ; seule l'odeur a disparu depuis l'institution du traitement. L'état général ne s'est pas amélioré. A ce moment, nous nous demandons s'il ne faudrait pas songer à une ablation large de cette tumeur. Cependant, devant la répugnance du malade à subir une opération qui peut être importante ; d'autre part, vu la disparition du ganglion et de l'odeur, et enfin en constatant la stagnation des symptômes plutôt que leur aggravation, nous nous décidons à faire le morcellement.

Pendant les mois d'octobre et de novembre, nous enlevons de temps à autre des fragments plus ou moins considérables, soit à la pince emporte-pièce, soit au serre-nœud, ou bien nous cautérisons au galvano, poursuivant les tissus exubérants, jusqu'au tissu sain.

Vers le milieu de décembre 1901, tout le tissu malade a disparu ; il ne persiste qu'un peu de rougeur. La déglutition s'effectue sans aucune gène ; l'état général du patient est des plus satisfaisants.

23 janvier 1902 — La guérison se maintient complète; par précaution, nous retouchons quelques points au galvano.

27 mars. — Le patient va très bien. Depuis cette date, nous ne l'avons plus revu.

28 septembre. — Voici ce qu'il nous écrit textuellement : « Depuis lors j'ai bonne mine, je me porte bien et vous sais un gré infini de vos bons soins et de votre patience à me cautériser petit à petit, afin de m'éviter une opération plus grave, que je redoutais beaucoup. »

*Examen histologique.* — On trouve, en étudiant les coupes, après coloration à l'hématoxyline. du tissu conjonctif réticulé à larges mailles, à trabécules assez épais. Dans les mailles, on voit des cellules lymphatiques, quelques-unes volumineuses, ayant subi pour la plupart une transformation vésiculeuse ; elles ont l'apparence hydropique, à contenu clair ; le noyau est le plus souvent refoulé excentriquement.

La surface de la coupe correspondant à la périphérie de l'amygdale est partiellement revêtue d épithélium pavimenteux stratifié. Le reste de la surface de la coupe présente de l'exsudat fibrineux à strates serrées avec infiltration de leucocytes.

On y trouve aussi des amas microbiens nombreux et volumineux ; ces amas n'existent pas dans la profondeur du tissu même de l'amygdale.

Dans les diverses coupes, on n'a pu trouver les follicules ordinaires de l'amygdale. Histologiquement, c'est la structure du tissu lymphoïde, sans qu'on puisse établir une démarcation pour savoir s'il s'agit d'un tissu simplement inflammatoire ou néoplasique.

A vrai dire, cette observation ne devrait pas figurer dans notre thèse, car elle ne donne pas cliniquement le tableau

du lymphome de l'amygdale ; mais placé à côté des nombreux cas à marche rapide et fatale, on verra combien il est vrai de dire qu'en fait de lymphadénome, le microscope est d'un faible secours pour le dépister.

### Observation III

(Lymphadénome de l'amygdale. — Anévrisme de la carotide)
(Fouilhoux)

Le 16 octobre 1871, se présente à la maison de santé un homme de 35 ans, adressé par un médecin de Noisy-le-Grand. Le médecin envoie en même temps une note portant : Phlegmon de l'amygdale et de la région cervicale droite survenu depuis vingt jours : trachéotomie urgente.

Cet homme, en effet, est en proie à une suffocation intense. La bouche, et surtout l'arrière-gorge, est remplie par une tuméfaction du volume d'un œuf de poule, rouge violacé, sans fluctuation manifeste.

Depuis la parotide jusqu'à l'angle de la symphyse du menton, existe une tuméfaction qui empiète en bas sur la région sus-claviculaire ; la peau qui la recouvre est peu distendue, a conservé sa coloration normale ; la tuméfaction est dépressible, sans qu'on puisse se prononcer sur l'existence de la fluctuation. Le larynx n'est pas dévié.

Le malade fait remonter à quatre semaines le début de cette tumeur tant interne qu'externe.

Quelques heures après son entrée, on pratique, dans la tuméfaction buccale, une ponction avec un bistouri ; il ne sort que du sang. Quand il s'est écoulé deux ou trois palettes de ce sang plutôt veineux qu'artériel, qui sort en nappe, on introduit un tampon de charpie pour parer à l'hémorragie. Le sang coule toujours, puis au bout de cinq minu-

tes le malade pâlit, il est pris d'un spasme qui lui fait rapprocher les arcades alvéolaires sur les doigts de l'aide qui tenait la boulette de charpie, et il tombe sans pouvoir être rappelé à la vie par les tentatives de respiration artificielle faites pendant un quart d'heure.

L'autopsie n'a pas pu dépasser la bifurcation de la trachée.

La bouche est remplie de caillots sanguins diffluents ; un peu de sang tapisse la face interne du larynx et de la trachée. La tumeur remplit la moitié droite de la cavité buccale, jusqu'à la paroi postérieure du pharynx. Les ganglions cervicaux et vertébraux sont tous hypertrophiés.

Le centre de la tumeur est rempli de caillots sanguins. Les veines jugulaires, l'artère carotide primitive, la carotide externe, passent au-devant de la tumeur et en dehors.

La carotide interne présente une dilatation anévrysmale. L'examen de la tumeur, fait par M. Ranvier, a démontré du tissu réticulé des cellules lymphatiques. C'était donc un lymphadénome (In *Bull. Soc. anat.*, octobre 1871).

## Observation IV

Lymphadénome de l'admygdale ; hypertrophie considérable des ganglions du cou ; efficacité du traitement arsenical (Dr Rouault)

M. B..., de Mortagne, âgé de 71 ans, tempérament sanguin, taille au-dessous de la moyenne, embonpoint, visage fortement coloré, vint nous visiter pour la première fois, le 16 avril 1855. Il présente sous la mâchoire inférieure, dans la région parotidienne, sur les parties latérales du cou, et jusque dans le creux sus-claviculaire, de grosses masses, dures, bosselées, inégales, indolentes, non fluctuantes, peu mobiles, sans changement de coloration à la peau ; lorsqu'il ouvre la bouche et qu'on déprime la langue, on observe que

les amygdales sont le siège d'une tuméfaction considérable, avec rougeur et ulcération de leur surface libre, que surmontent des végétations nombreuses et fongiformes.

Elles remplissent presque entièrement le pharynx, dont elles obstruent la cavité De là, par conséquent, une grande gêne dans la déglutition et la respiration.

Le timbre de la voix est aussi profondément altéré. Outre cela, le malade rend à chaque instant, par la bouche, une matière excessivement fétide formée du mélange de la salive avec la suppuration et l'espèce de putrilage qui se sépare de la surface de l'ulcère.

Après cet examen, j'interrogeai M. B... Il m'apprit qu'il y a un an, il éprouva un commencement de malaise dans le gosier et de gêne dans la déglutition. Il en parla à son médecin ordinaire, qui examina la gorge et crut reconnaître un engorgement des amygdales, contre lequel on ne fit rien. Cependant, comme le mal faisait des progrès et que la difficulté pour avaler augmentait d'une manière notable, l'excision des amygdales fut résolue. On enleva d'abord celle du côté gauche, la plus volumineuse, et quinze jours après on entreprit d'exciser l'autre.

Mais, soit que l'amygdalotome, dont on se servit fût défectueux, soit qu'il eût été mal appliqué, l'opération échoua, et l'instrument fut retiré hors de la bouche, sans qu'on eût détaché l'amygdale. Le malade, que cette tentative inutile avait fait souffrir, refusa de se soumettre à une nouvelle épreuve. Les choses en restèrent là plusieurs mois, durant lesquels M B... se trouva un peu soulagé.

Cependant la maladie s'étant reproduite et ayant fait des progrès rapides, le malade se rendit à Paris.

Là, il fut adressé à un chirurgien de Bicêtre, qui, après l'avoir examiné, lui dit qu'une nouvelle opération ne lui paraissait pas utile et qu'il devait se borner à des garga-

rismes. Peu satisfait de cette consultation, M. B... revint chez lui, où il resta près d'un mois sans suivre de traitement. Pendant ce temps-là, son mal fit de nombreux progrès, et c'est à ce moment qu'il vint me voir.

Notre diagnostic fut qu'il s'agissait d'un cancer des amygdales déjà très avancé, et que ce malade y succomberait prochainement. Nous lui conseillâmes cependant, en désespoir de cause, les pilules de chlorures d'or et de sodium qui nous rendent quelquefois de très grands services contre les engorgements scrofuleux et particulièrement les tumeurs lymphatiques anciennes qui ont résisté aux préparations iodiques.

Traitement suivi pendant un mois. Loin d'avoir éprouvé du soulagement, son état s'était, au contraire, aggravé, La tumeur des amygdales avait augmenté de volume, les grosses masses qui existaient déjà sous la mâchoire, derrière les oreilles et sur les parties latérales du cou, étaient devenues plus saillantes et plus proéminentes. La peau qui les recouvrait était rouge et violacée, lisse ou amincie, ainsi qu'on l'observe sur les tumeurs encéphaloïdes qui sont sur le point de s'ouvrir.

Aucune de ces bosselures n'était ramollie, ni fluctuante; quelques-unes seulement étaient douloureuses au toucher. Le malade ne souffrait point et n'a jamais éprouvé de ces douleurs lancinantes, qui sont encore pour beaucoup de médecins la condition *sine qua non* de l'existence du cancer.

Malgré ces immenses désordres locaux, l'état général restait bon et l'on n'observait encore aucun indice de cachexie ou d'infection générale.

Cependant, nous jugeâmes le cas comme tout à fait sans ressource, et comme la mort pouvait arriver d'un moment à l'autre par suffocation, nous crûmes de notre devoir d'en avertir la famille du malade et le malade lui-même.

Comme il me pria d'essayer encore quelque chose, je lui conseillai la liqueur de Fowler, à commencer par trois gouttes le premier jour. Il devait ensuite augmenter chaque jour d'une goutte jusqu'à ce qu'il éprouvât des malaises, nausées, etc.

M. B... n'a jamais dépassé le nombre de huit gouttes. Sous l'influence de cette médication, il éprouva bientôt une amélioration sensible. Au bout d'un mois, le malade se crut guéri et cessa le traitement. Mais le mal n'était que pallié et non détruit, car il se reproduisit en partie au bout de six semaines. En présence de cette récidive, nous avons cru devoir revenir aux préparations arsenicales. Nous avons recommandé au malade de tâcher de porter la dose jusqu'à douze ou quinze gouttes par jour.

## Observation V

Lymphadénome des amygdales consécutif à un engorgement ganglionnaire généralisé sans leucémie (Tillaux)

Louis Estrial, tailleur, âgé de 62 ans, entré à l'hôpital Lariboisière, le 6 janvier 1873, mort le 13.

Ce malade semble avoir toujours joui d'une bonne santé, à peine interrompue par des accès de fièvre intermittente à l'âge de 7 ans et ayant duré un mois environ ; pas d'alcoolisme.

Pendant le siège de Paris, ayant subi de nombreuses privations, il sentit ses forces diminuer.

Au mois de juin 1872, il vit se développer d'abord au cou, puis dans d'autres parties du corps, des tumeurs indolentes, dures, manifestement ganglionnaires.

Ce développement de tumeurs continuait insensiblement et se généralisait de plus en plus, lorsqu'il y a trois semai-

nes environ, ont paru à la partie interne et inférieure des cuisses deux tumeurs très douloureuses avec rougeur vive de la peau, tumeurs qui gênaient considérablement la marche.

A ce moment, le malade entre à l'hôpital.

*Etat actuel*. — Cachexie profonde, pâleur mate de la peau, muqueuses décolorées amaigrissement général.

Au cou, pléïade ganglionnaire très accusée, formant sur les côtés, en arrière et en avant, des tumeurs en général peu volumineuses, indolentes, la plupart mobiles, sans adhérences ni changement de couleur à la peau Les deux amygdales sont volumineuses.

Même hypertrophie ganglionnaire sous les aisselles, aux aines ; développement de ganglions dans les points où il n'en existe pas à l'état normal.

Cependant, le malade a conservé de l'appétit et digère facilement.

La déglutition n'est point possible. Depuis quelque temps, la respiration est quelque peu gênée; le malade est vite essoufflé : signes manifestes d'excavation pulmonaire aux sommets.

L'amygdale droite présente, vers sa partie moyenne et sur sa face interne, une excavation assez profonde.

La rate est hypertrophiée, le foie normal.

A la face interne des cuisses, abcès formant tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, et dont l'un s'est ouvert spontanément avant son entrée à l'hôpital. Celui-ci et les autres, successivement incisés, donnent lieu à un écoulement de pus sanguinolent, il y a sphacèle du tissu cellulaire.

L'état général du malade est mauvais, il est oppressé, abattu et consumé depuis deux jours par une fièvre vive.

Mort dans la journée du 13 janvier.

L'examen du sang, fait pendant la vie, n'a point fait découvrir d'augmentation dans le nombre des globules blancs par rapport aux globules rouges.

A l'autopsie, faite le 14 janvier, le cadavre présente les lésions ordinaires de l'adénie.

### Observation VI

Lymphadénome de l'amygdale à marche rapide (Passaquay)

Un cultivateur de 45 ans environ, d'une bonne santé antérieure, vint se faire soigner à l'hôpital Saint-Barthélemy, pour une hypertrophie de l'amygdale qui gênait la déglutition. Elle était, en effet, assez grosse pour être difficilement embrassée dans l'anneau de l'amygdalotome; néanmoins, elle fut excisée et, au microscope, on constata qu'il s'agissait simplement d'une hypertrophie de l'amygdale. Il retourna chez lui, mais revint au mois d'octobre avec une tumeur de la grosseur d'un œuf qui remplissait le pharynx.

Il fallut l'écraseur pour l'enlever en totalité.

Un nouvel examen montra qu'il s'agissait encore d'une simple hypertrophie apparente et on ne trouva absolument que les éléments de la glande.

En juillet suivant, il se présenta encore à la consultation. Cette fois ce n'était plus seulement la gorge, mais le cou qui était distendu par un énorme gonflement, indolent, d'ailleurs; toute la région du sterno-mastoïdien était déformée.

On renonça à l'opération.

## Observation VII

Lymphadénome de l'amygdale (Passaquay)

S..., âgé de 22 ans, ouvrier, avait souffert dans son enfance d'adénites cervicales répétées, et d'autres affections scrofuleuses qui avaient à peu près complètement disparu plus tard, et il jouit depuis d'une santé non interrompue. Il n'avait pas eu, autant qu'on put s'en assurer, d'affection syphilitique.

Au printemps de l'année 1854, il éprouva à plusieurs reprises des douleurs abdominales passagères. Au mois de juin, ses ganglions sous maxillaires se gonflèrent rapidement au poins de gêner les mouvements masticatoires : il éprouva de la céphalalgie frontale et de la dyspnée, et ne fut soulagé que momentanément par des épistaxis répétées. Puis, tous les symptômes s'aggravèrent, s'accompagnant bientôt de dureté de l'ouïe et de sueurs nocturnes, et en même temps l'appétit, loin de diminuer, augmentait au contraire.

Quand il entra à l'hôpital, le 3 octobre, tous ces symptômes persistaient. Le malade se plaignait, en outre, de difficultés dans la déglutition et dans l'articulation des sons, de salivation, d'une sensation de sécheresse et de chaleur dans la bouche, d'une soif vive, d'insomnie et d'une grande faiblesse.

Il avait la face cyanosée et bouffie. Les ganglions sous-maxillaires formaient, de chaque côté, une tumeur du volume du poing et présentaient une consistance variable ; les uns étaient durs, les autres, c'étaient les plus volumineux, très mous.

Ils étaient peu sensibles et la peau qui les recouvrait

n'était pas altérée. Les gencives étaient tuméfiées et étaient le siège d'une vive injection, qui s'étendait à la muqueuse buccale. Les amygdales étaient très volumineuses, l'haleine fétide. Les ganglions axillaires et inguinaux étaient également un peu gonflés.

L'appétit n'avait pas souffert. — Décoction de quinquina avec acide sulfurique, frictions avec une pommade à l'oxyde de cuivre.

Le 5, la surdité et la tuméfaction des ganglions avaient un peu diminué et l'état général paraissait s'être amélioré.

Le 9, coliques, diarrhée, qui cédèrent à une décoction de salep. Bientôt des ulcères scorbutiques se montrèrent aux gencives. — Collutoire acide.

A partir de la mi octobre; on eut recours à l'huile de foie de morue sans résultats avantageux.

En novembre, les gonflements ganglionnaires augmentèrent rapidement; d'autres apparurent à la région mastoïdienne et à la nuque, l'appétit diminua et les sueurs nocturnes devinrent plus abondantes.

A partir du 8, le malade, qui maigrissait à vue d'œil, dut garder le lit, tourmenté par une toux sèche accompagnée de fièvre et d'une insomnie opiniâtre. Une alimentation fortifiante (décoction blanche avec eau de laurier-cerise, bière, bouillon, etc.) ne fit qu'aggraver la fièvre, qui devint continue; l'appétit languit de plus en plus.

La soif, la chaleur à la gorge, la céphalalgie, l'abattement et l'amaigrissement, ne cessèrent de faire des progrès. la diarrhée revint.

Le 22, les extrémités inférieures étaient infiltrées : assoupissement, respiration râlante, mort le lendemain.

A l'autopsie, on trouve toutes les parties molles, comprises entre l'os hyoïde et le sterno-mastoïdien infiltrées d'une matière lardacée ; les ganglions lymphatiques de cette région

étaient volumineux, atteignant jusqu'au volume d'un œuf de poule; la plupart étaient très mous, friables, et présentaient une coloration rouge foncé. Le microscope n'y révélait que les éléments de l'hypertrophie simple.

Les amygdales étaient hypertrophiées; la muqueuse qui recouvrait celle du côté droit était gangrenée ; la muqueuse du voile du palais était boursouflée.

Les ganglions bronchiques, presque tous mous et injectés, ainsi que le thymus.

La plèvre droite était le siège d'un épanchement séreux abondant; les poumons, fortement œdématiés, ne contenaient pas de tubercules ; sur toutes les coupes, leurs vaisseaux laissaient échapper des caillots jaune-verdâtre, libres dans leur calibre, et une petite quantité de sang très fluide. Des caillots semblables se retrouvaient dans toutes les cavités du cœur. L'aorte, les veines caves et la veine porte contenaient du sang de même aspect ; les caillots étaient formés presque exclusivement par des globules blancs.

Les follicules clos de l'intestin étaient hypertrophiés; la rate et le foie se présentaient avec leur volume normal et n'étaient point altérés. Reins hyperémiés, avec quelques taches jaunes dans la substance corticale ; les ganglions de l'aine et de l'aisselle étaient très volumineux.

## Observation VIII

Lymphadénome de l'amygdale (Panas).

Rivière (Louis), ferblantier, 46 ans, entre le 21 décembre 1871, dans le service de M. Panas, à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, n° 3, pour une tumeur volumineuse qu'il porte dans la gorge depuis trois mois et demi environ.

Jusqu'à cette époque, il a toujours joui d'une bonne santé,

et, dans sa famille, il ne connaît rien qui, de près ou de loin, ressemble à sa maladie.

Le début de cette dernière s'annonça par un sentiment de gêne dans la gorge, marqué surtout pendant la déglutition; en même temps, l'ouïe faiblissait à gauche, et la région parotidienne, de ce côté, était le siège d'une tuméfaction notable; en se regardant dans une glace, il vit que son amygdale gauche était grosse et un peu rouge. Un médecin, qu'il consulta, lui fit des insufflations d'une poudre blanche, mais sans résultat. Son affection fit des progrès rapides. Le gonflement de la région parotidienne envahit bientôt toute la moitié gauche du cou, et, au bout de trois mois, la tumeur de l'amygdale avait acquis un tel développement que l'isthme du gosier était obstrué presque complètement.

La déglutition devint alors très pénible; la voix, nasonnée au début, s'affaiblit de jour en jour, et bientôt il ne put qu'articuler des sons voilés et inintelligibles. En même temps, survint un écoulement continuel de salive par la bouche entr'ouverte, et un amaigrissement rapide. C'est alors que le malade se présenta à l'hôpital. A son entrée, on constate, outre une maigreur très accusée, une décoloration complète des téguments, dont la blancheur mate, transparente, rappelle l'aspect de la cire vierge. La moitié gauche du cou, surtout au niveau de la région parotidienne, est le siège d'une tumeur énorme, multilobée, de consistance élastique. La peau, très amincie en certains points, est violacée et adhérente.

L'amygdale du même côté est remplacée par une masse considérable de tissu grisâtre, très friable, identique, comme aspect, à la substance grise cérébrale; cette tumeur repousse très fortement le voile du palais en avant, et descend assez bas dans le pharynx, pour qu'avec le doigt on ne puisse atteindre sa limite. Ajoutons que jamais elle n'a donné lieu

au moindre écoulement de sang; et que les douleurs y sont peu marquées, même au toucher

Le 11 janvier 1872, une opération partielle est pratiquée dans le but de soulager le malade, dont la respiration est devenue très pénible ; la tumeur, ne résistant pas aux pinces, est morcelée avec les doigts, et une quantité assez notable du tissu morbide est enlevée du pharynx.

Le lendemain, le malade garde le lit, il a de la fièvre et des douleurs assez vives dans la gorge ; le cou est le siège d'une tuméfaction considérable, en même temps que d'une rougeur assez vive. Cet état dure quelques jours, et le 20 janvier apparaît un point fluctuant qui est incisé et donne issue à une grande quantité de pus épais et rougeâtre.

Peu après, je fis l'examen de la tumeur, qui m'avait été confiée, et je pensai qu'il s'agissait d'un lymphadénome. J'eus recours d'ailleurs à l'extrême obligeance de M. Ranvier, à qui je soumis de nombreuses préparations, et le savant maître confirma ce résultat.

L'exploration du système lymphatique fut faite alors avec soin et permit de constater les particularités suivantes : de chaque côté, surtout à gauche, les ganglions inguinaux sont le siège d'une tuméfaction notable, indolente, que n'explique d'ailleurs aucun état local; le malade, en effet, n'a pas d'ulcération de la verge, et il n'a jamais eu, en fait de maladie vénérienne, qu'une chaudepisse, il y a quinze ans. Les ganglions lombaires sont pris aussi, et la palpation permet de reconnaître un empâtement très manifeste dans cette région. Dans l'aisselle gauche, il existe un ganglion tuméfié, mobile et indolent, du volume d'une noix. Enfin, la rate, qui dépasse en bas les fausses côtes de trois travers de doigt, forme une masse à grand axe dirigé de haut en bas, et de dehors en dedans, et mesurant dix-huit centimètres dans ce sens, sur douze centimètres de diamètre transversal. D'ail-

leurs, la percussion à ce niveau ne cause aucune douleur. Le foie paraît plus petit que d'habitude. Enfin les urines sont normales, et la vue est bonne.

L'examen microscopique révèle dans le sang la présence d'un nombre assez considérable de globules blancs, 50 à 70, dans le champ du microscope.

6 février. — Une nouvelle exploration permet de constater que la rate a diminué beaucoup et qu'elle a repris ses dimensions normales ; en outre, les ganglions inguinaux sont à peine sensibles ; malgré cette amélioration apparente, dans l'état local, le malade s'affaiblit de jour en jour, et reste confiné au lit.

8. Une nouvelle opération partielle est pratiquée, et une notable portion de la tumeur pharyngienne est enlevée avec les doigts ; mais le soulagement qu'elle procure est de courte durée. Bientôt la respiration et la déglutition sont de nouveau gênées, et la tumeur du cou s'ulcère en plusieurs points qui donnent issue à un liquide sanieux et fétide.

8 avril. — Dans la nuit, le malade est pris de suffocation, et le lendemain, à cinq heures du matin, la trachéotomie est pratiquée d'urgence.

10. On constate des signes évidents de compression du grand sympathique. La pupille gauche est très resserrée, l'ouverture palpébrale du même côté est sensiblement diminuée ; enfin il existe une congestion peu marquée, mais non douteuse, de la conjonctive.

La respiration se fait assez facilement, grâce à la canule. Le malade, affaibli au dernier point, reste immobile dans son lit, plongé dans une sorte de torpeur

20 et jours suivants. Il rejette par la canule une grande quantité de mucosités filantes. Tous les jours la tumeur du cou augmente et s'ulcère davantage. Il survient alors de la diarrhée ; des escharres se montrent au sacrum et aux tro-

chanters, et le malade tombe dans le dernier degré du marasme.

12. Nouvel examen du sang aussi concluant que le premier. On compte 60 à 80 globules blancs dans le champ du microscope.

Les fragments de cette tumeur, après avoir séjourné deux jours dans l'alcool, sont plongés dans une solution très faible d'acide chromique, où ils se durcissent rapidement.

Des coupes fines sont alors pratiquées dans tous les sens, puis colorées par la solution ammoniacale de carmin, traitées par l'acide acétique et conservées dans la glycérine.

L'examen microscopique y décèle la présence d'un tissu réticulé, dont les mailles sont remplies de cellules rondes lymphatiques. Le réticulum qu'on voit très nettement sur les bords des préparations, et mieux encore sur des coupes traitées par le pinceau, prend naissance sur les parois des capillaires qui contiennent de nombreux leucocytes accusés par le carmin. Il est très net et paraît plus épais qu'à l'état normal.

Les cellules qui remplissent les mailles sont rondes, à un noyau et mesurent de 7 à 8 $\mu$.

Quant aux capillaires, ils sont très nombreux ; ils apparaissent avec des parois très larges et contiennent, comme cela a été dit plus haut, des globules blancs en grand nombre. Ajoutons que, sur plusieurs préparations, on trouve la muqueuse tapissant la tumeur et ne présentant d'ailleurs aucune particularité.

## Observation IX

Lymphome de l'amygdale (Morestin).

Un cocher de 45 ans vint à notre consultation au mois de janvier 1896, se plaignant de la gène considérable que lui causait une grosseur qu'il avait dans la gorge.

Un an auparavant, il avait été traité à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Anges, pour une tumeur analogue, dont il avait subi l'extirpation. Il avait, en outre, toute une série de tumeurs arrondies, faisant saillie des deux côtés du cou. Ces masses cervicales, aussi bien que celle qu'il portait dans la gorge, étaient survenues peu de temps après l'opération qu'il avait subie, et même à ce moment on pouvait déjà sentir quelques petites glandes du côté gauche du cou. Depuis, elles avaient grossi avec lenteur, mais régulièrement, et cette évolution avait toujours été parfaitement indolente. En palpant le cou, il n'était pas difficile d'affirmer que ces tumeurs arrondies, lisses, mobiles, étaient des ganglions tuméfiés. Il y en avait, de chaque côté, tout un chapelet, occupant les régions carotidienne et sus-claviculaire ; ils étaient, pour la plupart, du volume d'une noix, d'une noisette, d'une amande, quelques uns plus petits ; les plus volumineux atteignaient les proportions d'un œuf de poule. L'amygdale droite, énorme, remplissait le pharynx. Elle était du volume d'un gros œuf, formant une masse arrondie. lisse, d'un blanc rosé.

Chose curieuse, l'amygdale gauche, qui avait été extirpée l'année précédente, n'avait pas repoussé. Cependant, c'était précisément du côté gauche que se trouvaient les ganglions les plus volumineux.

La rate était énorme et faisait à travers la paroi une saillie visible à l'œil nu Au palper, on sentait son bord antérieur sous forme d'une crête épaisse et verticale. La percussion montra qu'elle occupait tout le tiers gauche de l'abdomen.

L'examen du sang fit reconnaître une proportion considérable de globules blancs.

L'augmentation de volume considérable de l'amygdale appelait une intervention, destinée à désobstruer le pharynx,

intervention palliative, il est vrai, mais indiquée par la difficulté de l'alimentation.

M. Campenon fit l'ablation de cette amygdale, opération dont le malade retira un grand soulagement.

Mais, comme il fallait s'y attendre, le bénéfice a été temporaire. J'ai depuis revu plusieurs fois le malade. Son amygdale droite a repris, en quatre mois, les proportions qu'elle avait avant l'intervention. Les ganglions du cou ont encore augmenté ; d'autres masses ganglionnaires ont fait leur apparition dans l'aisselle et dans l'aine. Son état général se maintenait encore, quand il est venu pour la dernière fois à la consultation de l'hôpital. Mais il avait la face un peu cyanosée, comme s'il y avait eu de la gêne circulatoire, par compression des gros vaisseaux du médiastin.

Voilà plusieurs mois que je ne l'ai revu, et je ne saurais dire ce qu'il est devenu.

## Observation X

Lympho-sarcome[1] de l'amygdale. — Laryngotomie. — Ablation de la tumeur. — Récidive dans les ganglions. — Excision (Dr Lediard, *The Lancet* 1894) (résumé).

Le malade dont il est question dans l'observation fait remonter le début de son affection à deux ans auparavant.

Le patient est âgé de 70 ans ; il se plaint de difficultés à la déglutition ; quand il avale, il a la sensation d'un corps étranger dans la gorge.

L'état général du malade est bon, pas d'amaigrissement, mais sa voix est enrouée ; quant à la dysphagie, elle ne remonte pas à plus d'un mois.

L'amygdale droite est élargie uniformément et passe au-

[1] Pour les auteurs anglais, lympho-sarcome est synonyme de lymphadénome.

devant de la luette. Au toucher, on a la sensation de mollesse; pas de douleur à la palpation, la couleur est normale, identique au voile du palais.

L'insertion de la tumeur est plus large qu'à l'état normal.

La face postérieure est boursouflée, tandis que la face antérieure, au contraire, est lisse.

Le 28 septembre 1887, le malade avait vu le Dr Page, de Londres ; sur le conseil du Dr Lediard, il avait pris une consultation du Dr J. Duncan. Tous jusqu'ici étaient d'avis que l'intervention était nécessaire.

Le 25 octobre, opération suivant la technique habituelle, trachéotomie, tamponnement du pharynx avec des éponges. Anèsthésie continuée par la canule.

Tumeur sectionnée aux ciseaux et enlevée avec les doigts.

Hémorragie faible, on enlève le tampon du pharynx et la canule de la trachée. On fait respirer de l'air chaud au malade, on lui fait laver la bouche avec la liqueur de Condy. La guérison se produisit rapidement. Aucun incident sauf que la voix n'était pas claire.

Le patient quitte l'infirmerie le 7 novembre 1887.

L'examen de la pièce montre une tumeur molle et facilement friable, du volume d'un noyau de pêche ; microscopiquement, elle présentait une suture en dentelle fine et délicate et renfermant des cellules lymphoïdes en grand nombre. Un spécimen en avait été montré à la réunion de *Carlesl Médical-Society,* le 9 février 1888.

Depuis l'opération, est apparu du côté droit, à l'angle de la mâchoire, un ganglion de petit volume, et le médecin décide qu'il faut extirper l'amygdale qui s'était reproduite. Cinq mois après, le 5 mai 1888, le malade revenait à l'hôpital montrer que le côté droit était très enflé derrière et devant le muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Le facies du malade est maintenant pâle et maigre. La cicatrice est intacte, mais la tumeur occupant le côté droit du cou a grossi ; le ganglion de l'angle de la mâchoire, pris au début, a grossi de volume.

Le docteur J. Duncan décida une nouvelle intervention et émit ses opinions pour la marche à suivre :

Ligature préventive de la jugulaire interne, extirpation des ganglions ; mais il n'insiste pas auprès du malade pour lui faire accepter l'opération ; celui-ci demande son exéat.

Il ne souffrait pas du cou, mais le volume et l'aspect étaient vilains.

Le 20 juin 1888, le patient est admis encore une fois à l'infirmerie de Comberland.

Le docteur Lediard était assisté du docteur Lockes, l'opération dura près de deux heures.

Grande incision suivant le bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, le muscle fut sectionné en travers et récliné ; la tumeur, du volume d'une poire, fut facilement enlevée. Plusieurs autres ganglions grands et petits furent enlevés, on arriva jusqu'au bord antérieur du trapèze, jusqu'à la face supérieure de la clavicule, le plexus brachial mis à nu pour mieux explorer et tout enlever.

En tout, on extirpa de 20 à 30 ganglions qui vinrent aisément.

On sutura le sterno-cléido-mastoïdien et la ligne d'incision.

L'hémorragie n'avait pas été grande.

L'incision guérit par première intention.

Le patient quitta l'hôpital le 4 juillet.

L'examen microscopique montra que la structure était la même qu'à la première opération.

Au 1er août, le malade avait recouvré la santé et la force.

### Observation XI

Lymphome de l'amygdale, envahissement des quatre amygdales et généralisation aux ganglions (Chauveau)

G. R..., 68 ans, employé de commerce. La maladie actuelle remonte à mai 1899 A ce moment, les amygdales palatines commencent à gêner, par leur volume, la déglutition Sensation de sécheresse à la gorge. Trois mois après, les mouvements du cou sont moins faciles par suite de la présence des ganglions, situés surtout à la partie supérieure à l'angle de la mâchoire. La santé générale reste bonne, le malade peut suffire aisément aux fatigues considérables de sa profession.

Le mal empirant, il vient me consulter en janvier 1900 : amygdales énormes, ne laissant entre elles qu'une fente étroite; la tuméfaction était uniforme d'une teinte gris bleuâtre, d'un aspect vernissé, comme parcheminé, et d'une consistance dure et élastique.

Pas d'envahissement apparent des parties voisines. Hypertrophie notable de l'amygdale linguale, un peu moindre que l'amygdale pharyngée. Les ganglions du cou sont énormes, principalement à droite et en haut; à l'angle de la mâchoire, ils semblent fusionner en grosses masses peu nombreuses. Ils sont plus petits et nettement distincts, dans le triangle sus-claviculaire Au creux de l'aisselle, ganglions un peu hypertrophiés. A l'aine, quelques ganglions paraissent un peu gros. Rien d'apparent du côté des ganglions trachéo-bronchiques et iliaques. Examen du sang négatif. Un petit morceau de la tumeur examinée semble du lymphome. L'état général est maintenu bon jusqu'à l'heure actuelle, appétit et forces conservées. Pas d'amaigrissement apprécia-

ble. La percussion du foie et de la rate ne décèle aucune augmentation de volume. Jamais de selles sanglantes ni de diarrhée.

Actuellement (mois d'août), les amygdales palatines ont beaucoup diminué de volume, tout en restant très grosses. Celle de droite est plus considérable. Toute la loge amygdalienne de ce côté paraît envahie, notamment les piliers et les parties avoisinantes du voile. L'amygdale linguale a augmenté considérablement, et du côté droit se continue par une infiltration du tissu, avec la palatine du même côté. Au toucher digital — car le miroir ne peut être placé utilement — il semble que l'infiltration ne descend pas ici au-delà des limites amygdaliennes.

L'amygdale pharyngée présente actuellement la grosseur d'une demi-noisette; l'infiltration s'étend un peu à droite vers la trompe, qui, de temps à autre, s'obstrue. Pas de follicules clos isolés envahis. Muqueuse simplement un peu décolorée. Les ganglions du cou ont beaucoup diminué des deux côtés; ceux de l'aisselle et de l'aine se sont au contraire hypertrophiés. De plus, l'examen des fosses iliaques montre que les ganglions de la région forment des masses volumineuses. Toujours rien apparemment aux ganglions trachéo-bronchiques (à la percussion et comme signe de compression).

L'examen du sang donne un globule blanc pour 30 et un pour 80 une autre fois. Pas de diminution marquée du chiffre des hématies.

Un nouvel examen histologique démontre cette fois qu'il s'agit d'un lympho-sarcome. Ce qui intéresse ici, c'est la persistance du bon état général pendant plus d'un an et demi. Le fait a déjà d'ailleurs été signalé, mais rarement avec cette persistance. Il faut noter aussi l'amélioration du côté des amygdales palatines et des ganglions du cou, survenue sans cause bien appréciable, le traitement ayant été banal (arsé-

niate de soude). Cette amélioration n'a du reste pas porté sur les ganglions de l'aisselle et de l'aine, actuellement très volumineux. Mais, chose remarquable et heureuse pour le malade, les ganglions trachéo-bronchiques semblent rester indemnes.

### Observation XII

Lymphadénome de l'amygdale (Cartaz)

M. M..., âgé de 60 ans, maçon, m'est adressé au mois d'octobre 1891, par le docteur Henri (de Coulommiers), pour des troubles de la gorge, caractérisés par de la gêne de la déglutition et un peu d'enrouement. Cet homme, fort et vigoureux, s'est présenté à la consultation de notre confrère pour ces troubles, dont le début ne remontait pas à plus de trois mois.

Vers ce moment, il y avait eu sur une amygdale un point d'inflammation qui donna lieu à un petit abcès ; à la suite du crachement d'un peu de pus, le malade avait été soulagé.

La gêne reparaissant, le malade s'était décidé à demander conseil. Comme je le disais, le malade quoique âgé, a toutes les apparences d'une forte santé. Il dit cependant avoir un peu maigri et sentir diminuer ses forces.

La voix est nasonnée et gutturale ; les mouvements de déglutition sont pénibles, difficiles, mais non, à proprement parler, douloureux. Pas de fièvre, l'appétit est à peu près conservé, jamais il n'a eu dans le jeune âge d'hypertrophie des amygdales.

A l'examen de la gorge, on voit tout l'isthme du gosier obstrué dans une large mesure par une hypertrophie énorme des deux amygdales, un peu plus marquée du côté gauche

que du côté droit. Pas d'ulcérations, aspect de l'hypertrophie simple de l'amygdale. Il est impossible d'examiner au laryngoscope les parties profondes du pharynx, mais en passant doucement le doigt entre la langue et ces deux tumeurs, je constate que l'amygdale linguale est également hypertrophiée et présente le volume d'une grosse noisette. Ganglions durs, mais peu volumineux, dans la région sous-maxillaire des deux côtés, s'étendant jusqu'aux creux sus-claviculaire.

Ganglions durs et assez gros dans les aisselles et dans les aines Pas d'hypertrophie appréciable de la rate. L'amygdale gauche est un peu plus volumineuse que la droite, elle présente à la partie supérieure un petit lobule légèrement détaché du reste de la glande. C'est là, dit le malade, que siégeait le petit abcès survenu au début. J'excisai au serre-nœud ce petit lobule pour en faire l'examen histologique qui confirma le diagnostic qui s'imposait de lymphadénome des amygdales, avec lymphadénie. La partie détachée de la tumeur représentait du tissu lymphoïde pur.

L'examen du sang faisait constater une leucocytose assez prononcée. Une particularité à noter : le malade se plaint d'insomnies fréquentes ; il est obligé de se lever la nuit, de marcher, en proie à une agitation incessante.

En raison de quelques accidents anciens de syphilis, assez peu nets, je prescrivis pendant une quinzaine le traitement ioduré, qui ne donna, comme je le pressentais, aucun résultat, et, de suite, je mis le malade à l'usage quotidien et progressif de la liqueur de Fowler. La dose de quatre gouttes devait être montée graduellement à 6, 10, 12 et 20 gouttes par 24 heures.

Sous l'influence de ce traitement, suivi avec beaucoup de persévérance, les amygdales diminuent un peu de volume, et la déglutition peut se faire plus aisément. Quand je revis le

malade, quatre mois après le début du traitement arsenical, il y avait, en effet, du côté de la gorge, une amélioration évidente ; les amygdales étaient toujours très grosses, mais elles laissaient une voie plus large au passage des aliments. L'amygdale linguale est diminuée de plus de moitié. Par contre, l'adénopathie sous-maxillaire était dans le même état ; peut-être les ganglions étaient-ils plus durs, mais pas plus volumineux. Le malade se plaignait d'envies d'uriner fréquentes et d'un peu de polyurie. L'analyse de l'urine, que je pratiquai séance tenante, ne révélait ni sucre, ni albumine. Ses forces étaient un peu revenues.

Je conseillai alors de suivre avec intermittences ce traitement arsenical sans autre médicament. Un simple gargarisme boriqué-phéniqué devait remédier à la sécheresse et suffire au lavage des amygdales de la gorge. Ce traitement prolongea, pendant près de deux années, la vie du malade. sans que j'aie eu à intervenir pour les tumeurs amygdaliennes. Une note de mon excellent confrère, que je recevais au commencement de cette année, m'apprenait sa mort survenue par cachexie Quelques mois avant la fin, était survenue de l'hypertrophie des ganglions mésentériques ; mais les tumeurs amygdaliennes étaient restées stationnaires, les ganglions sous-maxillaires, les ganglions inguinaux et axillaires n'avaient pas non plus augmenté de volume. Le malade avait conservé une grande activité durant sa maladie et faisait de très longues courses. Il avait continué le traitement arsenical, qu'il avait même monté à de hautes doses ; il lui était arrivé d'en prendre jusqu'à 35 gouttes par jour.

### Observation XIII

Lymphadénome de l'amygdale (Cartaz)

Mme X... m'est adressée, dans le courant du mois d'août 1894, par les Drs Boncour et Boucheran, pour des troubles assez graves dus à une obstruction de la gorge par des tumeurs amygdaliennes. La malade, âgée d'une soixantaine d'années, a commencé de souffrir de la gorge dans les premiers jours d'avril. Jusque-là, elle n'avait rien présenté d'anormal et sa santé générale avait été, dit-elle, satisfaisante A ce moment, on constata une tuméfaction assez prononcée de l'amygdale gauche sans réaction fébrile, qui ne céda pas à un traitement par des gargarismes antiseptiques. Des scarifications et cautérisations légères à l'acide lactique diminuèrent momentanément le gonflement de l'amygdale; mais la gêne de la déglutition, la dyspnée reparaissaient bientôt plus marquées, d'autant que l'amygdale droite, jusque-là indemne, s'hypertrophiait à son tour. On notait, en même temps, un trouble de la santé générale.

Divers traitements médicaux furent suivis sans grand succès; l'arséniate de soude, conseillé par un de nos collègues, ne provoqua pas la diminution des tuméurs et pas d'amélioration de l'état général. Cependant, les ulcérations survenues à la suite de cautérisations, qui persistaient sur les amygdales depuis plusieurs mois, avaient à peu près disparu sous l'influence de cette médication.

Quand la malade vient me trouver, elle est, depuis plusieurs jours, en proie à des crises de dyspnée spasmodique assez graves, surtout quand elle est couchée. La gêne de la déglutition est extrême; à peine si la malade peut ingérer quelques gouttes de liquide, sans avoir aussitôt des menaces de suffocation. Comme chez le malade précédent,

le sommeil est difficile et n'est obtenu qu'au moyen de doses assez élevées de codéine. Les deux amygdales sont énormes et se touchent sur la ligne médiane, ne laissant entre elles qu'un étroit passage. La gauche est visiblement plus volumineuse que l'autre. Pas d'ulcérations. L'aspect est celui de l'hypertrophie simple avec une coloration plus pâle que la muqueuse ; la consistance est molle, avec quelques points indurés par places. Adénopathie cervicale et sous-maxillaire énorme du côté gauche, dure, peu douloureuse ; du côté droit, les ganglions sont pris également, mais moins volumineux

L'hypertrophie ganglionnaire existe dans les deux aisselles, les aines, sans former cependant de véritables tumeurs. La rate est hypertrophiée. Je n'ai pu faire l'examen du sang, mais le diagnostic semblait, d'après ces symptômes et l'évolution de la lésion, des plus nets ; il s'agissait évidemment d'un lymphadénome amygdalien avec lymphadénie.

En présence des accidents de suffocation présentés par la malade, je prévins les personnes qui l'accompagnaient qu'il faudrait de toute nécessité, pour éviter un accident subit, en venir à une ablation ou à une trachéotomie, l'opération bien entendu ne devant être qu'un pis aller, car l'état général ne laissait pas l'espoir d'une guérison. Je conseillai, en attendant, la reprise du traitement arsenical à hautes doses. Cette prévision se réalisait quelques jours plus tard. Le 4 septembre, le Dr Bazy était obligé, pour remédier à l'asphyxie, de pratiquer l'ablation des amygdales ; le soulagement, au point de vue de la respiration et de la déglutition, était immédiat et complet.

Mais il y eut presque aussitôt une répercussion vive du côté de l'adénopathie cervicale qui devenait énorme, et la mort survenait par cachexie cinq semaines plus tard. Il n'y avait pas eu de récidive du côté des amygdales.

## Observation XV

Lympho-sarcome de l'amygdale. — Ablation par incision externe avec ligature préliminaire de l'artère carotide externe, par le docteur Raymond Johnson. 3 mars 1893. — Voir aussi : Lincoln n. o. New York Med. J., october 27, 1900. Supplementary report. on a. Recurrent. Tonsillar Tumor.

Sarah L..., mariée, 53 ans, entrée au « Great Northern Hospital », dans mon service, le 13 juin 1892. Elle a commencé par souffrir un peu de la gorge, éprouvant quelque difficulté à avaler. En avril 1892, le mal de gorge était si léger que la malade ne s'en plaignit à un médecin que par hasard, et au sujet d'une affection très banale. La marche de l'accroissement des ganglions du côté gauche du cou n'a été notée que d'une façon très incertaine.

A son entrée, la malade était très émaciée, et son aspect confirma la déclaration qu'elle nous fit, à savoir que, depuis peu, elle a beaucoup maigri. La déglutition et la parole étaient difficiles; sur l'emplacement de l'amygdale gauche se trouvait une tumeur ovale dans le grand diamètre vertical, mesurant un peu moins de 4 centimètres. La surface était très irrégulière, et formée de petites masses papillaires qui paraissaient présenter une érosion superficielle. Le contour de la tumeur était nettement défini par une zone résistante et évidemment infiltrée. Le reste de la bouche et du pharynx paraissait normal. Au-dessous et en arrière du maxillaire de l'angle, on remarquait une tuméfaction due à une masse ganglionnaire volumineuse. Ces ganglions présentaient une consistance molle et n'avaient pas d'adhérence entre eux ni avec les parties voisines.

D'autres glandes, plus petites, d'un caractère analogue, s'échelonnaient le long du bord postérieur du sterno-cléido-

mastoïdien. Rien à signaler dans les autres appareils ou organes.

Nous nous trouvions évidemment en présence d'une tumeur maligne de l'amygdale gauche avec retentissement ganglionnaire assez considérable au niveau du cou.

Les caractères de la tumeur primitive et du développement ganglionnaire confirmaient notre hypothèse de lymphosarcome. La question se posait d'une intervention opportune.

La tumeur primitive était si nettement circonscrite que le cas paraissait, en l'espèce, favorable. L'étendue de l'infection ganglionnaire était, il est vrai, un facteur défavorable, mais ne me parut pas une contre-indication suffisante à l'opération. Après consultation avec mon confrère, M. Herbert Allingham, nous décidâmes l'ablation de la tumeur et des ganglions intéressés par incision du cou après ligature préalable de la carotide externe. En conséquence, le 20 juin, la malade fut anesthésiée au chloroforme avec l'appareil Juncker. Une incision curviligne fut faite, partant du dessous du lobule de l'oreille gauche, pour aboutir à un point situé au niveau de l'os hyoïde. Cette incision fut agrandie d'une seconde, plus basse, longeant le bord antérieur du sterno-mastoïdien, et longue de deux centimètres et demi. Après division du fascia profond sur toute la longueur de l'incision, on put énucléer très facilement plusieurs ganglions ramollis. La carotide externe fut alors dénudée à l'extrémité inférieure de la plaie et liée à la soie, au-dessous de l'origine de la linguale.

La deuxième phase de l'opération avait pour but de séparer la parotide et les glandes salivaires sous-maxillaires et de les rabattre respectivement en haut et en bas. La paroi du pharynx ainsi exposée, on rabattit, au moyen du doigt, les organes qui la recouvraient et on les maintint en arrière

à l'aide d'un écarteur : nous voulons parler de la carotide interne, de la jugulaire et du glosso-pharyngien. De la sorte la paroi latérale du pharynx fut mise à découvert. Puis, la bouche étant maintenue ouverte, le docteur Allingham, qui me prêtait son concours, facilita la dernière partie de l'opération en repoussant fortement la tumeur vers l'extérieur, avec un doigt introduit dans la bouche. La paroi du pharynx fut tranchée aux ciseaux, au-dessus de la limite inférieure de la tumeur, et l'incision fut poursuivie tout autour de la tumeur, qui se trouva ainsi complètement détachée.

A l'examen, nous vîmes que la section avait été faite bien suffisamment au delà du contour de la tumeur, excepté au-dessous, où nous jugeâmes nécessaire d'enlever encore une bande de la paroi du pharynx. L'hémorragie fut, somme toute, insignifiante, et il fut à peine nécessaire d'éponger le sang qui avait pénétré dans la gorge. Au début de l'opération, une petite branche de la veine jugulaire interne avait été sectionnée tout près de son point d'origine et nous avait gênés un instant ; mais il nous fut facile de la pincer et de la ligaturer à la soie fine.

Toute la surface de la plaie fut soigneusement tamponnée avec une solution de sublimé à 1 pour 500, et saupoudrée d'iodoforme. Nous n'essayâmes pas de refermer l'ouverture de la paroi du pharynx. Les lèvres de l'incision cutanée furent rapprochées avec des sutures de soie et un drain fut introduit à l'angle inférieur. Le pansement employé consistait en gaze au chlorure ammonio-mercurique et en coton.

La malade a bien supporté l'opération. Pendant deux jours, on a eu recours à l'alimentation rectale, et dans la suite on a donné des aliments liquides par un tube fixé à un entonnoir. On a fait de fréquents lavages au permanganate de potasse.

Le drain a été enlevé le deuxième jour. Au pansement

suivant, on a évacué, par l'extrémité inférieure de la plaie, une quinzaine de grammes de pus fétide. Cet accident était dû sans doute à l'enlèvement prématuré du drain et à l'accumulation subséquente, dans la partie profonde de la plaie, de liquides provenant de la bouche. Le septième jour, la cicatrisation était complète, excepté sur le point occupé par le drain

Une parésie passagère de la région inférieure gauche de la face et de la moitié gauche de la langue a suivi l'opération.

Le 14 juillet, les ganglions volumineux situés derrière le sterno mastoïdien ont été extirpés par une large incision le long du bord postérieur du muscle. Ils étaient ramollis, de couleur rosée et ont été facilement énucléés.

La malade a quitté l'hôpital le 23 juillet. Il n'y avait pas de signes de récidive. Les parties enlevées par l'opération comprenaient la tumeur primitive et de nombreux ganglions lymphatiques affectés. Le néoplasme était de forme ovale, d'un peu moins de quatre centimètres sur environ deux centimètres ; sa surface était formée de papilles proéminantes, s'élevant à environ deux centimètres au-dessus de la muqueuse environnante ; il présentait au microscope la structure typique des lympho-sarcomes. Le plus volumineux des ganglions excisés mesurait plus de deux centimètres et demi de longueur ; tous ces ganglions étaient ramollis, de couleur rosée et présentaient une structure microscopique analogue à celle de la tumeur primitive.

On connaît de nombreux cas dans lesquels des lymphosarcomes de l'amygdale ont été facilement énucléés de la bouche, après incision de la muqueuse au thermo-cautère. On peut admettre cette méthode, si l'on songe que ces tumeurs ont une tendance toute spéciale à rester encapsulées, même lorsqu'elles infiltrent les régions avoisinantes.

L'absence de récidive *in situ* a indiqué, dans quelques cas de ce genre, que l'ablation avait été complète. Il me semble, cependant, que ce but pouvait être plus facilement atteint en attaquant la tumeur de l'extérieur qu'en l'attaquant par l'intérieur de la bouche. La technique adoptée ressemble en principe à celle de l'opération de Kocher pour l'ablation de la langue; c'est grâce à une seule incision que l'on enlève les ganglions, que l'on ligature l'artère intéressée et que l'on excise la tumeur elle-même. La ligature de l'artère carotide externe n'enlève que très peu à la sécurité de l'opération, et si on l'adopte, on n'a plus besoin d'avoir recours à une trachéotomie préalable, et l'on peut enlever à loisir la tumeur avec les ciseaux, dont l'emploi est bien préférable à celui du thermo-cautère. L'incision que l'on fait dans ce cas rappelle celle préconisée par Chever (*Boston medical and Surgical Journal*, 1871, volume 1, page 390), et par Golding Bird, (*Cliniqual Society's Transactions*, volume XV) ; mais je suis parvenu à me dispenser de la seconde incision faite dans les deux cas précités (dans l'un, incision le long de la branche horizontale du maxillaire inférieur, et dans l'autre, incision allant de l'angle de la bouche à l'angle du maxillaire). Pour moi, une seule incision me donne bien assez de place, et il m'a paru tout à fait superflu de recourir à la division ou à la résection partielle du maxillaire que préconisent Langenbeck, Mickulicz et Czerny.

Le pronostic dans les cas de tumeur maligne de l'amygdale, sarcome ou épithéliome, est des plus sombres. C'est ainsi que M. Gobling-Bird, dans ses commentaires sur le cas cité plus haut, écrivait : « J'ai quelque raison de penser que la méthode adoptée dans mon second cas (à savoir l'alimentation par une sonde œsophagienne flexible, avec l'alternative d'une gastrostomie subséquente) a plus de chance de s'adapter à toutes les éventualités de ces cas, à moins que

l'on ne voie le malade à une période si peu avancée, que le néoplasme n'ait pas encore eu le temps de s'étendre au delà de l'amygdale ou d'envahir le système lymphatique, du moins à un degré peu important et curable. »

M. Butlin a montré que, sur 23 opérations pour tumeurs malignes de l'amygdale, 3 malades sont morts des suites de l'opération, 10 de récidive rapide et 4 de récidive tardive; 3 malades ont été perdus de vue. Trois opérés étaient encore en vie après quatre mois, un an et deux ans.

Nous avons pu montrer notre malade trois mois après l'opération. Son état général était bon ; il n'y avait pas de récidive dans la bouche; cependant l'amygdale droite était considérablement augmentée de volume et nous avons trouvé quelques ganglions un peu volumineux de chaque côté du cou.

# CONCLUSIONS

1° Le lymphadénome de l'amygdale, désigné par les auteurs anglais sous le nom de lympho-sarcome, est une néoplasie maligne qui se développe dans le stroma réticulé de la tonsille.

2° Cette affection n'est pas uniquement limitée à l'amygdale proprement dite ; elle peut se propager, en tant qu'état local, au grand cercle lymphoïde de Waldeyer. Comme retentissement général, elle s'accompagne le plus souvent de lymphadénie ou de leucocythémie généralisée, qui cachectisent le malade.

3° La pathogénie en est encore fort obscure ; les opinions sont partagées et lui accordent une origine soit microbienne, soit coccidique.

4° Le pronostic est, sinon toujours fatal, du moins excessivement grave. Car les véritables résurrections observées parfois sont exceptionnelles.

5° Le traitement doit être chirurgical, lorsque la néoplasie est encore limitée ; dès qu'il y a du retentissement ganglionnaire, on ne doit plus avoir recours qu'à la médication interne, par le phosphore ou l'arsenic.

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE


1892. BARBER. — Lymphom of the tonsils y N. Y. Archiv. Otol. XXI. 103.

1900. BOTEY. — Importance du poli super de l'amygdal. Annal. des M. du Larynx.

1879. BROCA. — Ablation du lymph. des amygdales. Mouv. Méd. 1897. XVII. 91.

1903. BRUNCHSWIG. — Th. Nancy. Tumeurs de l'amygdale.

1895. CARTAZ. — Deux cas de lymphadénome des amygdales. Rev. laryng. XV, p 497.

1886. CASTEX. — Revue de Médecine.

1895. CHAMBEY. — Lymphosarcome of the tonsil. Birmingh. M. R. 351.

1900. CHAUVEAU. — XIII<sup>e</sup> congrès internat. de Méd Sect laryngologie.

1904. CHAUVEAU. — Revue internat. laryngologie.

DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie.

1896. DELBET Pierre. — Traité de Chirurgie, t. 1.

1900. DUVAL. — Th. Paris, n° 512.

1897. GERONZY. — Limfoadenia tonsillam. Bull. Soc. lancisiana. Roma 1897. XVII, fasc. 1.

1901. HEINLETH. — Ueber Maligne der tonsilla. Münch. med. 10 décembre, t.VIII.

1898. HENDILSOHN. — Ueber das Verhalten des Mondelsgewebes. Arch. für Laryng.

1903. HENNEBAC. — Lymphadénome de l'amygdale. Clinique Bruxelles, XVII.

1893. JOHNSON. — Limphosarcom of tonsils. Lancet. 136.

1903. LAVRAND. — Tumeur lymphoïde de l'amygdale gauche. J. des Sc. Méd. de Lille.

1889. LEDIARD. — The Lancet.

1887. MAUCADY. — Malign lymphon. Med. and surgery. Report. Philad. 1887, t. VII.

MORESTIN. — Traité de Chirurgie, t. VI.

MOREL MACKENZIE. — Maladies du larynx et du pharynx.

1903. MOURE. — Maladies du larynx et du pharynx.

1873 PASSAQUAY. — Th. doctorat Paris. Tumeurs de l'amygdale.

1889 PLICQUE. — Ann. des mal. des oreilles et du larynx.

1903 RACOVICIANO. — Néoplasme des amygdales. Bull. des Mem. de Chir. Bucarest.

1901 SEIFERT. — Ueber Blum nach operat. der Tonsillis. Wien. Klin. XV 252.

1902. VANTURI. — Arch. ital. de laryngol. Napoli.

1898. VELAMIANOFF. — Lymphosarcom. d'une amygdal. Soc. Med. Chi. St-Pétersbourg.

1900. ZOLKY. — Beitrage zur Lehre der Tumoren der Mandel Inaugural disertat. Leipzig, n° 126.

ESCAT. — Maladies du pharynx.

1890. FRANKS.— Lymphad affecting the tensil Med Press. et Ann. Laryng. 1890.

---

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 12 Novembre 1904.
Le Recteur :
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 12 Novembre 1904.
*Le Doyen*
MAIRET.

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*